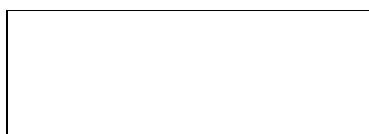


KARTA KOS-BAR

Data



(pieczęć, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca: nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia)

Dane kontaktowe ośrodka koordynującego

nr tel.:

e-mail:

Dane osobowe świadczeniobiorcy

																(nazwisko)															
																(imiona)															

(numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)

Wstępne rozpoznanie:

(wg ICD-10, w momencie włączenia do programu pilotażowego KOS-BAR)

--	--	--	--	--

.....
UWAGA: Poniższe informacje lekarz przekazuje świadczeniobiorcy objętemu programem pilotażowym oraz wypełnia kartę w sytuacji zakończenia opieki nad tym świadczeniobiorcą.

Ostateczne rozpoznanie:

(wg ICD-10)

--	--	--	--	--

Zalecenia dotyczące dalszego postępowania medycznego u świadczeniobiorcy objętego KOS-BAR

.....
.....
.....

Wskazówki dla lekarzy:

1) w zakresie diagnostyki:

.....
.....

2) w zakresie farmakoterapii (w tym środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego):

.....
.....

.....
3) przeciwwskazania:

.....
.....
.....

4) inne:

.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierająca: imię
i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskaną specjalizację,
numer wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)