

.....
Miejscowość, data**KARTA INFORMACYJNA O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH OSOBIE UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI**

DANE ŚWIADCZENIODAWCY						
Nazwa			Nr umowy z NFZ			
DANE PACJENTA						
Nazwisko				Data urodzenia*		
Imię (imiona)				Płeć**	K	M
Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E)						
Identyfikator***						
FORMULARZ SERII E						
Rodzaj formularza			Kolejny nr formularza****			
ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE						
Rodzaj udzielonego świadczenia**			Data udzielonego świadczenia			
• Podstawowa opieka zdrowotna			Data początku*			
• Ambulatoryjna opieka specjalistyczna						
• Leczenie stomatologiczne			Data końca*			
• Leczenie szpitalne						
• Rehabilitacja lecznicza			Tryb przyjęcia**			
• Ratownictwo i transport medyczny			Nagły			
• Świadczenia odrębnie kontraktowane			Planowy			
• Inne (podać jakie)						
Rozpoznanie wg ICD 10 rozszerzone*****			Procedury wg ICD 9			
Badania przedmiotowe						
Badania podmiotowe						
Wykonane badania						
Przebieg choroby (epikryza w leczeniu szpitalnym)						
Zastosowane leczenie						
Zalecenia lekarskie						
Zalecane leki						

Legenda:

- * Dzień, miesiąc, rok
- ** Należy zaznaczyć znakiem "X" przy właściwym polu
- *** Rodzaj, seria i numer dokumentu
- **** Lub numer Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- ***** Należy wpisać nazwę i kod