



## WZÓR

## F.1. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10

15. Kod rozpoznania zasadniczego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

## F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH

19. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

20. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

21. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

22. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

23. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

24. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

25. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

26. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

27. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

28. Kod procedury medycznej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

## G. UZASADNIENIE

29. Opis

<hr/> <hr/> <hr/>
-------------------

## H. Terminy udzielania świadczeń

30. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

## H1. WNIOSKUJĘ O SPRAWOZDANIE LUB ROZLICZENIE PRZEDŁUŻENIA WYKONYWANIA ŚWIADCZENIA W TERMINIE:

31. Data od (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

32. Data do (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

## I. POTWIERDZENIE FORMALNE WNIOSKU

33. Data (RRRR-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

34. Świadczeniodawca\*

<hr/>
-------

\* kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany, podpis osobisty albo pieczęć wraz z podpisem