**WZÓR**

**KARTA KOS-BAR**

**WZÓR**

**KARTA KOS-BAR**

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia   
z dnia …. 2021 r.

(Dz. U. poz. …)

**Załącznik nr 1**

Data ……………………………………

Dane kontaktowe ośrodka koordynującego

nr tel. …………………………... e-mail:…………………………... ………………………….

pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego

zawierająca nazwę, adres siedziby

oraz numer indentyfikacyjny umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia

**Dane osobowe świadczeniobiorcy**

*(nazwisko)*

Wstępne rozpoznanie:

*(wg ICD-10)*

*(imiona) (numer PESEL, a w przypadku osób,*

*które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)*

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

Ostateczne rozpoznanie:

*(wg ICD-10)*

..................................................................................................................................................................  
Istotne informacje dotyczące dalszego postępowania medycznego u świadczeniobiorcy objętego KOS-BAR

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

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

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

**Wskazówki dla lekarzy:**

* 1. w zakresie diagnostyki:

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

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

* 1. w zakresie farmakoterapii (w tym środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego):

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

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

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

* 1. przeciwwskazania:

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

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

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

* 1. inne:

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

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

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

......................................................*.* ......................................................*.*  *………….*

*(data) (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierająca imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskaną specjalizację, numer wykonywania zawodu oraz podpis lekarza)*