Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia …. (Dz. U. poz. …)

**Załącznik nr 1**

*WZÓR*

**KARTA KOS-BMI Dzieci**

Data ……………………………………

pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego, zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer indentyfikacyjny umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia

Dane kontaktowe ośrodka koordynującego

nazwa …………………………...

adres …………………………...

numer 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 (według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zwanej dalej „ICD-10”):

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

Ostateczne rozpoznanie (według ICD-10):

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

Rozpoznania współistniejące:

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

Istotne informacje dotyczące dalszego postępowania medycznego u świadczeniobiorcy objętego KOS-BMI Dzieci:

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

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

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

**Wskazówki dla personelu medycznego:**

* 1. w zakresie diagnostyki:

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

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

* 1. w zakresie farmakoterapii:

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

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

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

* 1. przeciwwskazania:

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

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

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

* 1. inne:

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

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

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

...................................................................*.*

*(data)*

...................................................................*.*

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