

pieczętka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy

Data .....

Dane kontaktowe ośrodka koordynującego

nr tel.: .....

e-mail: .....

### KARTA NF/RAS

#### 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)*

Ostateczne rozpoznanie:  
*(wg ICD-10)*

.....

Ostateczne rozpoznanie:  
*(wg ORPHA)*

.....

Istotne informacje dotyczące dalszego postępowania medycznego u świadczeniobiorcy z NF/RAS:

.....

.....

.....

#### Wskazówki dla lekarzy:

1) w zakresie diagnostyki:

.....

.....

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

.....

.....

.....

3) przeciwwskazania:

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

4) zalecenia dotyczące szczepień ochronnych (obowiązkowych i zalecanych):

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

5) inne:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskaną specjalizację, numer wykonywania zawodu oraz podpis lekarza NF/RAS)