 <small>SPRZĘTOWA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁÓDZI</small>	Formularz	WSRM-7-02-03-03 20.09.2017
	Zlecenie przewozu	

Zlecenie przewozu Nr

Data realizacji **godzina**

Przewóz pozycji S L **Przewóz powrotny**

Nazwisko i imię chorego

T. przewozu – skąd

T. przewozu – dokąd

Powrót do

Płatnik

Zgłaszający

Zlecenie przyjął

Data przyjęcia **godzina**

Uwagi
.....
.....
.....

Potwierdzenie realizacji
.....
.....
.....

Samochód Nr rej.

Kierowca

Noszony

Ryczałt

tam	powrót
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Godzina wyjazdu do chorego i zakończenie zlecenia

wyjazd		zakończenie	
data	godz.	data	godz.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Trasa przejazdu

Miejsce pozostawienia pacjenta

Liczba km. Przejechanych w związku z usługą

Czas wykonania zlecenia

godz.	min.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podpis kierowcy

Podpis noszonego

Karta urlopową

71

mp. jednostki organizacyjnej

Nr

Pan(i)

korzysta z urlopu

określone rodzaje urlopu

od dnia do dnia włącznie.

miejsce i data

pieczęć i podpis
pracodawcy lub upoważnionego pracownika

Dział - Wydział		K-to kosztów		K-to wydz.		Mm	Nr bieżący Mm	Egz.
		Skąd		Dokąd			Przesunięcie materiału	Nr magaz. Mm
Nr indeksu materiałowego	Nazwa materiału	Ilość			Cena	Wartość	Konto syntet. (strona)	Zapas ilość
		Żądana	Jedn.	Wydana				
Wystawił	Zatwierdził	Wydal	MAGAZYN	Przyjął	Ewidencja, ilość, wartość			

G=1114 MWASZ Mysłowice tel./fax: (032) 622 45 01

72

(imię i nazwisko)		DATA UCZNIENIA					DATA ZAWARCIA ZW. MAŁŻ																					
Stanowisko służbowe	gr. apos.	Imię i nazwisko												Nazwa jednostki budżetowej														
Przydział służbowy		Data urodzenia												Kartę zatrudniono dn. l.														
Uposaż. zasad. z części		działu	rozdz.											rodzaju														
OBLICZENIE UPOSAŻENIA STAŁEGO												POTRĄCZENIA																
Zarejestrowane Data	nr	od dnia	Wyposażenie stanowiska	Dotychczas. funkcyj. (starsz.)	Wysokość																		Razem	Wyposażenie netto	Zusłek rodzinny	Dł. wypłaty		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
RAZEM																												
WYPŁATY JEDNORAZOWE												PRZEPISY ZADUŻEN												UWAGI:				
Zarobki	Tytuł wypłaty		Kwota	Przebieg																								

Lub 100-10 - BIPROFIT - Wychowawca, tel. 800 20 02 02, fax 49 49 07

1		2		3		4		5		6		7	
Symbol		Symbol		Zw		Zawieszka		Nr arkusza		Symbol		Nr magazynowy ark.	
ark.		ark.		materiału		do		wartości		ark.		ark.	
Zawieszka		Zawieszka		Zawieszka		Zawieszka		Zawieszka		Zawieszka		Zawieszka	
8 Nazwa wyrobu (zakresu części recept)				9 Nr rysunku wyrobu (zakresu części recept)				10 Symbol części wyrobu (zakresu części recept)					
11 Nazwa materiału				12		13		14		15		16	
Nazwa materiału				Kod materiału		Kod materiału		Kod materiału		Kod materiału		Kod materiału	
17				18				19					
Wymiary mater. wyrob.				Wymiary mater. wyrob.				Wymiary mater. wyrob.					
Wymiary mater. wyrob.				Wymiary mater. wyrob.				Wymiary mater. wyrob.					
20				21				22					
Zawieszka				Zawieszka				Zawieszka					
Zawieszka				Zawieszka				Zawieszka					
23				24				25					
Zawieszka				Zawieszka				Zawieszka					
Zawieszka				Zawieszka				Zawieszka					

A B C D E F G H I J K L M N O P R S T U W Y Z

97E

KARTA EWIDENCYJNA WYPOSAŻENIA Nr
(odzież roboczej, sprzętu ochronnego, narzędzi itp.)

Zakład pracy

Ob.
nazwisko i imię nr ewidenc. i charakter sprzętu data rozpoczęcia pracy miejsce zamieszkania

Wzrost Obwód klatki piersi Obwód pasa Obwód bioder Obwód głowy Długość stopy

Symbol	Nazwa przedmiotu	% przydatności	Okres używalności	Jednostka miary	Nr dow. wyd. (złoc.)	Data pobrania	Data zdania	Ilość	a) Potwierdzenie odbioru b) Potwierdzenie zdania	Nr prot. strat (uwagi)	Uwagi potrąceń, itp.)
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		

Symbol	Nazwa przedmiotu	% przydatności	Okres używalności	Jednostka miary	Nr dow. wyd. (złoc.)	Data pobrania	Data zdania	Ilość	a) Potwierdzenie odbioru b) Potwierdzenie zdania	Nr prot. strat (uwagi)	Uwagi potrąceń, itp.)
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		
									a)		
									b)		

Dowód wypłaty

77

_____ dnia _____ 200__ r. **KW** Nr _____

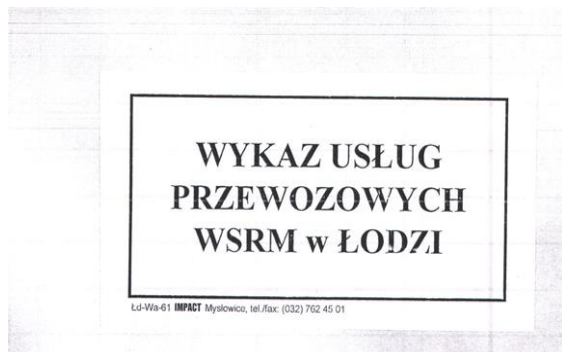
Komu	Ma Kasa		Wzrost Konto
	zł	gr	numer
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
RAZEM			_____
Słownie zł: _____			gr _____
Wystawil	Sprawdził	Zabierzcz	Rap. kasowy nr _____ poz _____
		kwotę powyższą wypłacił otrzymałem	

K.M.M. Odr. 2014/15 nr 418/419/14

A B C D E F G H I J K L Ł M N O P R S T U W Z Ż Ź
KARTA EWIDENCJI CZASU PRACY PRACOWNIKA

		nazwisko i imię												numer ewidencyjny pracownika												komórka organizacyjna																																																																																																																																					
znak-akt		rok						od dnia						do dnia																																																																																																																																																	
M-C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	NS	PN	GN	DW	CD	CU	NU	NN	CH																																																																																																																							
I	symbol																																w niedziele i święta						w porze nocnej						w godz. nadliczbowych						w dodatkowe dni wolne od pracy						w czasie dyżurów						w czasie urlopów						nieobecności usprawied.						nieobecności nieusprawied.						choroby																																																																														
II	symbol																																																																																																																																																														
III	symbol																																																																																																																																																														
IV	symbol																																																																																																																																																														
V	symbol																																																																																																																																																														
VI	symbol																																																																																																																																																														
VII	symbol																																																																																																																																																														
VIII	symbol																																																																																																																																																														
IX	symbol																																																																																																																																																														
X	symbol																																																																																																																																																														
XI	symbol																																																																																																																																																														
XII	symbol																																																																																																																																																														
																																Razem																																																																																																																															

Liczba godzin czasu pracy



KARTA OBIEGOWA ZMIANY w stosunku pracy (przyjęcia — zwolnienia*)

81

<small>pieczęć komórki spraw nadzorczych</small>	<small>(z wyjątkiem)</small>
1. Imię i nazwisko	
2. Przyjęty do pracy na czas	3. Stanowisko lub rodzaj pracy
4. Nazwa komórki organizacyjnej w której ma być — (osi*) zatrudniony	
5. Wynagrodzenia	6. Przyjęty do pracy — zwolniony*) z dniem
7. Ewidencja osobowa	
a) karta ewidencyjna (data wpisu — skreślenia*)	
b) ewidencja wojskowa (data wpisu — skreślenia*)	
c) dowód osobisty (data wpisu przyjęcia — zwolnienia*)	
d) legít ubezpieczeniowa (data wpisu przyjęcia — zwolnienia*)	
e) legít służbowa i przepustka (data wydania — zwrotu*)	

*) Wypełnić w stosownych miejscach

Imię i nazwisko i dataImię i podpis

Nazwa komórki	Data	Pieczęć i podpis
1. Komórka organiz. zatrud. prac.		
2. Komórka finansowo-księgową		
3. Wypożyczalnia sprzętu i narz.		
4. Rada Zakładowa Zw. Zaw.		
5. Biblioteka		
6.		
7.		
8.		
9.		

Nazwisko i imię

Imiona rodziców

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

Adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania

Nr ewidencyjny

Deklaracja

przystąpienia do PKZP

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Pracowniczej Kasy Zapomogowo —
Pożyczkowej

W

Nazwa i siedziba Zakładu Pracy

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego regulaminu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz PKZP
2. Oplacę wpisowe określone Statutem — spowoduje przelanie moich wkładów, z PKZP, której byłem poprzednio członkiem,
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości % mego zarobku (wynagrodzenia) miesięcznego brutto.

* Niepotrzebne skreślić

4. Zgadzam się na potrącenie przez Zakład Pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego deklarowanych wkładów oraz splat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd PKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały okres trwania członkostwa.

5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i splaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków PKZP.

6. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd PKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.

7. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewent. zadłużenia należy wypłacić Ob.
zam. w ul. nr
gmina województwo

....., dnia 20 Własnoręczny podpis

Uchwałą Zarządu PKZP z dnia r. przyjęty(a) w poczet członków z dniem

Skarbnik

Pieczęć PKZP
Sekretarz

Przewodniczący

Adnotacje o zmianie wysokości wkładów:

Na podstawie uchwały Walnego Zebrania Członków z dn. 20 r.
od dnia 20 r. potrąca się wkłady członkowskie w wysokości
..... % mies. zarobku.

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 1/2016

..... dnia 20 roku
miejsowość

.....
komórka organizacyjna

.....
imię i nazwisko pracownika

.....
stanowisko

WNIOSEK O URLOP

Proszę o udzielenie mi urlopu wypoczynkowego/okolicznościowego z tytułu*

.....

od dnia do dnia 20 roku w ilości dni.

Zastępstwo pełnić będzie Pan(i)
dotyczy osób na stanowiskach samodzielnych/kierowniczych pełniących funkcje.....
pieczętka i podpis przełożonego**niepotrzebne skreślić*.....
podpis pracownika

Pieczęć nagłówkowa z numerem umowy z NFZ	Data.....	
Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne		
Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:		
Imię i nazwisko.....	PESEL 	
Adres zamieszkania.....		
Gmina		
Rozpoznanie.....	ICD-10:	
Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)		
.....		
	(1) (2) (3)	
Rodzaj zabiegów: (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)		
Ilość powtórzeń/czas zabiegu:		
Parametry:		
Okolica ciała:		
Pieczęć i podpis lekarza		

lp	data	rodzaj zabiegu (kod)	podpis wykonującego	podpis pacjenta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

.....
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMONWY) świadczeniodawcy

..... dnia

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

.....
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią (Pana), lat

Adres

PESEL , telefon

Rozpoznanie,
(w języku polskim)

..... kod(ICD10)

Cel porady (uzasadnienie)

Badania dotychczas wykonane

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

* właściwie podkreślić

Uwagi poradni specjalistycznej:
Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem,
Termin wyznaczonej porady

**OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**

Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

87

I. Składający oświadczenie			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport
		<input type="checkbox"/> karta pobytu ¹⁾	<input type="checkbox"/> dokument podróży ²⁾
	seria i numer		
II. Treść oświadczenia			
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ³⁾	
		od (rrrr/mm/dd)	do (rrrr/mm/dd)
III. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁵⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁶⁾ <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁷⁾			
IV. Świadczeniodawca ⁸⁾ przyjmujący oświadczenie			
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.			
1. Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowa świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrrr/mm/dd)	

OBJAŚNIENIA

- ¹¹⁾ Karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.) - w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ¹²⁾ Dokument podróży, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach - w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 680, z późn. zm.) - w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- ¹³⁾ Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.
- ¹⁴⁾ Patrz przepis nr 1.
- ¹⁵⁾ Patrz przepis nr 2.
- ¹⁶⁾ Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
- ¹⁷⁾ Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.
- ¹⁸⁾ Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18 roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ¹⁹⁾ Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18 roku życia, posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ²⁰⁾ Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ²¹⁾ Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ²²⁾ Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
- a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,
 - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ukończyła szkołę:
 - ponadgimnazjalną - w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
 - wyższą - w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,
 - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek - w okresie pobierania tego zasiłku,
 - d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty - w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
- ²³⁾ Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345).

POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko ubezpieczonego(ej)

Data urodzenia ; Adres

Tożsamość ustalono na podstawie dowodu osobistego*/paszportu* seria nr

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa

.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

N-9 Zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego wydane przez lekarza prowadzącego leczenie

3. Wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących

4. Ocena wyników leczenia i rokowanie (należy określić obecny stan zdrowia, prognozę przebiegu choroby, wskazania odnośnie dalszego leczenia i rehabilitacji)

5. Ubezpieczony(a) jest:

zdolny(a); niezdolny(a) do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu:

załączniki :

.....
podpis i pieczęć lekarza

N-9 Zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego wydane przez lekarza prowadzącego leczenie

Wydz. Poligr. OZUS w Koninie, Nakł. 77000 egz. Zam. nr 747/03.

OSWIADCZENIE

załącznik nr 2

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

I. Składający oświadczenie			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość			
rodzaj		<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport
		<input type="checkbox"/> karta pobytu ¹⁾	<input type="checkbox"/> prawo jazdy
seria i numer		<input type="checkbox"/> dokument podróży ²⁾	
5. Działając jako: <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny ³⁾			
II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
		kod i miejscowość	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość			
rodzaj		<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> paszport
		<input type="checkbox"/> karta pobytu ⁴⁾	<input type="checkbox"/> prawo jazdy
seria i numer		<input type="checkbox"/> dokument podróży ⁵⁾	
III. Treść oświadczenia			
..... (imię i nazwisko) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ⁶⁾	
		od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)	
IV. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁷⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁸⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁹⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹¹⁾ <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹²⁾			
V. Świadczeniodawca¹³⁾ przyjmujący oświadczenie			
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu:			
1) osoby składającej oświadczenie, 2) osoby, której dotyczy oświadczenie – z okazanymi mi dokumentami.			
1. Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrrr/mm/dd)	

OŚWIADCZENIE

- 1) Karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.) – w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2) Dokument podróży, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 680, z późn. zm.) – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- 3) Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.
- 4) Patrz przypis nr 1.
- 5) Patrz przypis nr 2.
- 6) Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
- 7) Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.
- 8) Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 9) Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 10) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub pokoju oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 11) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub pokoju, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 12) Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
 - a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,
 - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ukończyła szkołę:
 - ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
 - wyższą, – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,
 - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,
 - d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
- 13) Świadczeniodawca lub nie będąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345).

POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,
kod, nazwa komórki organizacyjnej,
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

....., dnia 20 r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej) lat

adres
imię i nazwisko

PESEL telefon

rozpoznanie

..... kod (ICD10)

stopień niepełnosprawności pacjenta
w języku polskim

I stopień niesprawności	*
<input checked="" type="checkbox"/> I stopień niesprawności	*

właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Z
nazwa jednostki, adres

..... w dniu o godzinie

w pozycji do

.....
nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we własnym zakresie i z powrotem)	*
<input checked="" type="checkbox"/> 4. inne wyżej nie wymienione	*

„właściwe zaznaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

Zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 roku w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niepełnosprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. z 2003 r. Nr 88, poz. 815) - w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonego w celu innym niż:

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;

i wobec którego ustalono:

I stopień niepełnosprawności — udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;

II stopień niepełnosprawności — udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
Podpis ubezpieczonego

Podpis i pieczęć lekarza

.....
Podpis i pieczęć lekarza

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię			2. Nazwisko			3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość						
____ - ____ - ____ dzień - miesiąc - rok			M/K								
7. Adres miejsca zamieszkania											
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość			
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)											
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)											
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ²⁾)											
10A. Imię			10B. Nazwisko			10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania											
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość			
10G. Imię			10H. Nazwisko			10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania											
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość			
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾						12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruje wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczonodawcy

13B. Adres siedziby
świadczonodawcy

14. W bieżącym roku dokonuje wyboru:⁹⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁹⁾

po raz kolejny⁹⁾

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:⁹⁾

Imię i nazwisko lekarza
podstawowej
opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuje wyboru:⁹⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁹⁾

po raz kolejny⁹⁾


18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)


.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

	Formularz	WSRM-7-05-05-02 (ver.3)
	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	20.01.2016 Strona 1 z 1

Ja niżej podpisany - Dane pacjenta	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres	
Dowód osobisty nr	
Nr telefonu do kontaktu	
Data udzielenia pomocy lub okres leczenia	
Miejsce udzielenia pomocy <i>(w przypadku pomocy jednorazowej)</i>	
Proszę o wydanie <i>(właściwe zaznaczyć X)</i>	
Zaświadczenia o udzieleniu pomocy medycznej	
Dokumentacji medycznej w postaci	Kopii <i>(kserokopia zwykła)</i>
	Kopii uwierzytelnionej <i>(kserokopia potwierdzona za zgodność za oryginałem)</i>
Dotyczy leczenia prowadzonego w poradni	Podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)
	Chirurgii urazowo-ortopedycznej
	Okulistycznej
	Otolaryngologicznej
	Kardiologicznej
	Neurologicznej
	Stomatologicznej
Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji/pełnomocnika	
Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Dokument tożsamości <i>(rodzaj, seria, numer)</i>	
Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej wyżej wymienioną osobę	
Podpis pacjenta <i>(lub przedstawiciela ustawowego)</i>	
Data złożenia upoważnienia	
Niniejszym zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującym w WSRM w Łodzi cennikiem	
Data i podpis osoby odbierającej	

Uwagi:

1. Prosimy o okazanie dokumentu pozwalającego na weryfikację danych pacjenta oraz dokumentu tożsamości osoby upoważnionej.
2. W przypadku osoby nieletniej – należy okazać akt urodzenia lub decyzję Sądu.
3. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – należy okazać decyzję Sądu.

	Formularz	WSRM-7-05-07-02 (ver. 3) 18.10.2016 Strona 1 z 1
	Ewidencja obrotu receptami	

ZAPOTRZEBOWANIE NA NUMERY RECEPT ELEKTRONICZNYCH						
Data	Imię i nazwisko lekarza	Komórka organizacyjna udzielania świadczeń	Rodzaj recept	Ilość bloczków	Pieczętka i podpis lekarza <i>(przy zamówieniu)</i>	
			Rp <i>(zwykłe)</i>			
			Rpw <i>(na leki narkotyczne)</i>			
ZAPOTRZEBOWANIE NA DRUKI RECEPT						
Data	Imię i nazwisko lekarza	Komórka organizacyjna udzielania świadczeń	Rodzaj recept	Ilość bloczków	Pieczętka i podpis lekarza <i>(przy zamówieniu)</i>	
			Rp <i>(zwykłe)</i>			
			Rpw <i>(na leki narkotyczne)</i>			
POTWIERDZENIE ODBIORU DRUKÓW RECEPT						
Data	Imię i nazwisko lekarza	Komórka organizacyjna udzielania świadczeń	Ilość bloczków	Numery recept	Pieczętka i podpis lekarza <i>(przy odbiorze)</i>	
				od Nr		
				do Nr		
ZDANIE NIETYKOTYKOWANYCH DRUKÓW RECEPT						
Data	Imię i nazwisko lekarza	Komórka organizacyjna udzielania świadczeń	Rodzaj recept <i>(Rp/Rpw)</i>	Numery recept	Podpisy	
					Zdający	Odbierający
				od Nr		
				do Nr		
				ilość szt.		