	Formularz	WSRM-7-02-03-03 20.09.2017
	Zlecenie przewozu	

68

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

Karta urlopową

mp. jednostki organizacyjnej

Nr

Pan(i)

korzysta z urlopu

określić rodzaj urlopu

od dnia do dnia włącznie.

miejscowość i data

pieczęć i podpis
pracodawcy lub upoważnionego pracownika

Dział - Wydział		K-to kosztów	K-to wydał		Mm Przesunięcie materiału	Nr bieżący Mm	Egz.	
Nr indeksu materiałowego		Skąd	Dokąd			Nr magaz. Mm	Data	
Nazwa materiału		Ilość			Cena	Wartość	Konto syntet mater.	Zapas ilość
		Zadana	Jedn.	Wydana				
Wystawił	Zalwierzil	Wydał	MAGAZYN		Przyjął	Ewidencja, ilość, wartość		

Karta wynagrodzeń

24

Nazwa wyrobu		PESSEL			MIP			ADRES					
Wpisał	Od dnia	Do dnia	Przebieg zatrudnienia		Zamiesz. osobne			I	II	III	IV	V	VI
			Charakter zatrudnienia	Stawki	Grupa	Staw.	Kwota						
Lp.	ZA ROK												
1	dat pracy												
2	dat ustępu												
3	dat chorobowc												
4	godz. normalne												
5	godz. 50%												
6	godz. 100%												
7	godz. nocne												
8	godz. szkodliwe												
9	Razem godz.												
10	płace zasadnicze												
11	godz. nadliczbowe												
12													
13													
14	pensja												
15													
16	dodatek szkodliwy												
17	dodatek nocny												
18	ustup												
19	STAN WSPR												
20	STAN PUSZP												
21													
22	oszczędność paliwa												
23													
24	Płaca brutto												
25													
26													
27	ZALICZENIA NA DOBOTEK												
28	NFZ												
29	NFZ												
30	ZUS												
31													
32	PKZP												
33	RUBO												
34	POZEPK												
35	ZWIADKI ZAMOWIENIE												
36	PZV												
37	Razem pensja												
38	Płaca netto												
39	WYKAZO. ZA CZAS. INDEKSOV 6/11												
40	WYKAZO. CHOROBY 6/11												
41													
42	Do wypłaty												

Karta wynagrodzeń

74

Nazwa wyrobu		PESSEL			MIP			ADRES					
Wpisał	Od dnia	Do dnia	Przebieg zatrudnienia		Zamiesz. osobne			VII	VIII	IX	X	XI	XII
			Charakter zatrudnienia	Stawki	Grupa	Staw.	Kwota						
Lp.	ZA ROK												
1	dat pracy												
2	dat ustępu												
3	dat chorobowc												
4	godz. normalne												
5	godz. 50%												
6	godz. 100%												
7	godz. nocne												
8	godz. szkodliwe												
9	Razem godz.												
10	płace zasadnicze												
11	godz. nadliczbowe												
12													
13													
14	pensja												
15													
16	dodatek szkodliwy												
17	dodatek nocny												
18	ustup												
19	STAN WSPR												
20	STAN PUSZP												
21													
22	oszczędność paliwa												
23													
24	Płaca brutto												
25													
26													
27	ZALICZENIA NA DOBOTEK												
28	NFZ												
29	NFZ												
30	ZUS												
31													
32	PKZP												
33	RUBO												
34	POZEPK												
35	ZWIADKI ZAMOWIENIE												
36	PZV												
37	Razem pensja												
38	Płaca netto												
39	WYKAZO. ZA CZAS. INDEKSOV 6/11												
40	WYKAZO. CHOROBY 6/11												
41													
42	Do wypłaty												

75

1		2		3		4		5		6		7	
Zawian		Zwrot materiału		Zawian		Zwrot materiału		No. dokum. wstępu		Symbol magaz.		Nr magazynowy obr.	
8 Nazwa wyrobu (zakładu) części (materiału)				9 No. typu lub wyrobu (zakładu) części (materiału)				10 Symbol (alfabetyczny) wyrobu (zakładu) części (materiału)					
11 Nazwa materiału				Numer materiału		12 KTM - Symbol materiału				13 P.M.		14 Cena za 1 m	
15 Norma zużycia m				16 Wymiary materiału wyszcz.				17 Wymiary materiału wyszcz. (długość)					
18		19		20		21		22		23		24	
Zawian		Zwrot materiału		Zawian		Zwrot materiału		Zawian		Zwrot materiału		Zawian	
25		26		27		28		29		30		31	
Wycenę		Zawian		Zwrot materiału		Zawian		Zwrot materiału		Zawian		Zwrot materiału	

Dowód wypłaty

data _____ 200__ r.		KW	Nr _____
Konta		Ma Kasa	Wzrost Konta
za co:		zł	gr
RAZEM			
Słownie zł. _____		gr _____	
Wystawił	Sprawdził	Zabwiertcz	Kasj. kasowy
			nr _____
			poz _____
			kwotę powyższą
			wypłaciłem
			otrzymałem

KARTA EWIDENCJI CZASU PRACY PRACOWNIKA

		nazwisko i imię										numer ewidencyjny pracownika										komórka organizacyjna																																																																					
		rok										od dnia										do dnia																																																																					
M-c	znak-akt	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																																																											
I	symbol liczba godzin																																																																																										
II	symbol liczba godzin																																																																																										
III	symbol liczba godzin																																																																																										
IV	symbol liczba godzin																																																																																										
V	symbol liczba godzin																																																																																										
VI	symbol liczba godzin																																																																																										
VII	symbol liczba godzin																																																																																										
VIII	symbol liczba godzin																																																																																										
IX	symbol liczba godzin																																																																																										
X	symbol liczba godzin																																																																																										
XI	symbol liczba godzin																																																																																										
XII	symbol liczba godzin																																																																																										
		Razem																																																																																									
		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									

37

Liczba godzin czasu pracy

79

W P PLN

06

PLN

RAPORT DZIENNY z dnia nr

Rozchód etyliny i oleju napędowego z własnej stacji paliw

Lp	Nr rej samochodu	Nazwisko i imię kierowcy	ON	E-95	Pokwitowanie odbioru	Podpis dyspoz. (pieczęćka)
1	2	3	4	5	6	7

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

(pieczęć i data) (pieczęć i data)

1. Imię i nazwisko	
2. Przyjęty do pracy na czas	3. Stanowisko lub rodzaj pracy
4. Nazwa komórki organizacyjnej w której ma być — jest*) zatrudniony	
5. Wynagrodzenie	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 / przepustka (data wydania — zwrotu*)	

*) nieprzeznaczona służbie

(pieczęć i data) (pieczęć i data)

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

Karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 6-letniego
Kolejność wypełniania: 1-rodzic/opiekun, 2-pielęgniarka, 3-lekarz

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO DZIECKA 6-LETNIEGO
(informacje tylko do użytku służby zdrowia, objęte tajemnicą medyczną)

Nazwisko i imię ucznia data urodz.

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

	OJIEC	MATKA	RODZENSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodz.	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe*: dobra, średnie, złe. Liczba izb osób

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe)

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje:

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)*: NIE, TAK - na co

- objawy uczulenia

- słyszy*: DOBRZE, ZŁE; widzi*: DOBRZE, ZŁE; ma zez*: NIE, TAK

- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne

- przyjmuje leki*: NIE, TAK - jakie

- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej

- uczęszcza na zajęcia korekcyjne***: NIE, TAK-jakie

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne -jakie.....

Zachowanie dziecka*: nie budzi niepokoju, nadrucliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy

.....

Inne uwagi i życzenia rodziców

.....

..... podpis matki lub ojca (opiekuna)

* właściwie podkreślić

** wpisać rodzaj odchyżeń

PISEMNE ZGŁOSZENIE URODZENIA DZIECKA

1. żywego

2. martwego

Dział I

wypełnia zakład opieki zdrowotnej / lekarz / położna*)

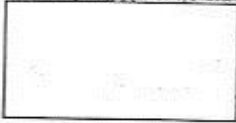
1. Zaświadcza się, że
imię (imiona)
2. Urodzona: rok m-c dzień w
nazwisko numerowo rodzim
(K- ewidencyjny PESEL)
3. Miejsce stałego zameldowania
(miasto, gmina, dzielnica)
 województwo
(symbol terytorialny miejsca zameldowania)**
4. Urodziła dziecko w roku: m-c dniu godz. min.
- 4.1. Miejscowość urodzenia noworodka
- 4.2. Obywatelstwo noworodka

5.	Noworodek płci***) <input type="checkbox"/> 1) męskiej <input type="checkbox"/> 2) żeńskiej	6.	Ciężar w gramach <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7.	Długość w centymetrach <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	Poród był:***) <input type="checkbox"/> 1) pojedynczy <input type="checkbox"/> 3) trojaczy <input type="checkbox"/> 5) pięcioraczy <input type="checkbox"/> 2) bliźniaczy <input type="checkbox"/> 4) czworaczy <input type="text"/>	9.	Okres trwania ciąży w tygodniach <input type="text"/> <input type="text"/>		
10.	Poród odbył się***) <input type="checkbox"/> 1) w szpitalu <input type="checkbox"/> 3) w innym miejscu z pomocą fachową <input type="checkbox"/> 2) w izbie porodowej <input type="checkbox"/> 4) w innym miejscu bez pomocy fachowej				
11.	Liczba wszystkich dzieci urodzonych przez matkę (łącznie z aktualnie urodzonym)				
	1. ogółem (żywo i martwo urodzonych)				<input type="text"/> <input type="text"/>
	2. w tym kolejne z żywo urodzonych				<input type="text"/> <input type="text"/>
	3. w aktualnie trwającym małżeństwie (żywo i martwo urodzonych)				<input type="text"/> <input type="text"/>
12.	Data poprzedniego porodu: rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Było to urodzenie***) <input type="checkbox"/> 1) żywe <input type="checkbox"/> 2) martwe				
13.	należy wypełniać tylko dla dzieci martwo urodzonych				
	Zgon nastąpił***) <input type="checkbox"/> 1) przed porodem <input type="checkbox"/> 2) w czasie porodu <input type="checkbox"/> 3) nie ustalono				

*) niewałdnie skreślić ***) informację może wypełniać urząd statystyczny ****) władzowo otoczyć obwódką

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

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) 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

I. Składający oświadczenie			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		nr mieszkania	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		kod i miejscowość	
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <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 udzielenia 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.

pieczęć placówki służby zdrowia

..... dnia

120
123
88

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

.....

.....

.....

.....

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia – należy uwzględnić od kiedy (data, okres) i z jakiego powodu prowadzono leczenie, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacji (okres, nazwa zakładu), dłuższe okresy czasowej niezdolności do pracy

* niepotrzebne skreślić

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

OŚWIADCZENIE

załącznik nr 2

89

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

89

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"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> karta pobytu ¹⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ²⁾	
seria i numer	_____	
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 _____ miejscowość _____		
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		
4. Dokument potwierdzający tożsamość		
rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> karta pobytu ⁴⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ⁵⁾	
seria i numer	_____	
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 udzielenia 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 położu 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 położu, 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	*
I stopień niesprawności	*

właściwie zaznaczyć znakiem „X”

Z
nazwa jednostki, adres

..... w dniu o godzinie

w pozycji do

.....
nazwa jednostki, adres

cel przewozu

1. konieczności 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)	*
4. inne wyżej nie wymienione	*

właściwie 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 ubezpieczonemu 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 powyższym pouczeniem i bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na poniesienie kosztów przewozu na zasadach wyżej ustalonych.

.....
Podpis ubezpieczonego

Skład i druk **BroKAL** Mięsnice Książkowe 90, 25-001 Masłów, tel./fax (041) 311 01 24, e-mail: drukarnia@brokal.pl

.....
Podpis i pieczęć lekarza

ASK Wrocław - 088 s

KARTA OBSERWACYJNO-TRANSPORTOWA NOWORODKA				
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego 91-202 Łódź, ul. Warecka 2 - tel. 042 652-80-58 POGOTOWIE RATUNKOWE - zespoły wyjazdowe Identyfikator 473066188			Nazwisko lekarza transportującego:	
Nazwisko dziecka:		Płeć* M Z	Imię matki:	
Adres i telefon rodziców:				
Masa urodzeniowa (g):	Długość:	Tydzień ciąży:	Data urodzenia (d/m/r):	
Masa aktualna (g):	Obwód głowy:	Apgar:	Godzina urodzenia (g/min):	
Miejsce wezwania (transport z)		Miejsce przewozu (transport do)		
Szpital:		Szpital:		
Oddział:		OIOM** <input type="checkbox"/> Pat. noworodka <input type="checkbox"/> Niemowlec <input type="checkbox"/>		
Rozpoznanie:		Kardiologia <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		
		Nazwisko lekarza, z którym uzgodniono miejsce (telefon):		
Nazwisko lekarza zamawiającego transport (telefon):		Nazwisko lekarza przyjmującego załozenie:		
Data wezwania:		Data przewozu:		
Godzina:		Na godz.:		
Przebieg ciąży:				
Przebieg porodu:				
Aktualna historia chorób noworodka:				
Stan zastany w oddziale wzywającym				
Oddech	Parametry wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Pożane leki:	Ocena stanu dziecka po przyjeździe
Własny <input type="checkbox"/>	FiO ₂ :	Wklucie dożylnie obwodowe <input type="checkbox"/>	Vit. K mg	Dobry <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	FGF:	Kaniula pępkowa* Z T	Glukoza ...% ... ml	Średni <input type="checkbox"/>
AMBU <input type="checkbox"/>	f (l/min):	Intubacja Ø mm <input type="checkbox"/>	8,4% NaHCO ₃ ml	Cieźki <input type="checkbox"/>
Plenoterapia <input type="checkbox"/>	Ti (s):	Inne:	Adrenalina mcg	Aeonolav <input type="checkbox"/>
Respirator <input type="checkbox"/>	PEEP:		Inne:	Zeon <input type="checkbox"/>
Typ respiratora:	PIP:			Posiew z:
			Antybiotyki:	Krwi <input type="checkbox"/>
Uwagi:				Gardia <input type="checkbox"/>
				Inne:
TRANSPORT (czynności wykonane w oddziale wzywającym i w karetce przez lekarza transportującego)				
Oddech		Leki	Badania	Stan dziecka
Własny <input type="checkbox"/>	Wklucie dożylnie obwodowe <input type="checkbox"/>	Midazolam mg	Ciepłota ciała pr °C	Stabilny <input type="checkbox"/>
Plenoterapia <input type="checkbox"/>	Kaniula pępkowa* Z T	Adrenalina mcg	Częstość serca:	Poprawa <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja Ø mm <input type="checkbox"/>	Glukoza 10% ... ml/h	Saturacja:	Poćsroszenie <input type="checkbox"/>
IMV <input type="checkbox"/>	Reanimacja <input type="checkbox"/>	Inne:	Kolor skóry:	Czy jest?
IPPV <input type="checkbox"/>	Inne:		Poziom glukozy w surowicy mg%	Krew matki <input type="checkbox"/>
FiO ₂ :			Czas zaróżowienia skóry	Historia choroby <input type="checkbox"/>
FGF:			(s):	Rentgenogram <input type="checkbox"/>
f (l/min):				Kontakt z matka <input type="checkbox"/>
Ti (s):	Uwagi:			
PEEP:				
PIP:				
Oddział docelowy		Godziny		godz/min.
Ciepłota ciała pr °C	Temperatura inkubatora °C	Wyjazd z bazy		
Nazwisko lekarza przyjmującego:		Przyjazd do szpitala wzywającego		
Diagnoza lekarza karetki:		Wyjazd ze szpitala wzywającego		
		Przyjazd do szpitala docelowego		
		Przyjazd do bazy lub wyjazd do następnego szpitala wzywającego		

* prawidłową odpowiedź zakreślić kółkiem np: (M)

** zakreślić prostokąt w przypadku odpowiedzi TAK: ☒

wypełnia lekarz przyjmujący załozenie

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(miejsowość, data i godzina)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
(imię i nazwisko, imię ojca, data i miejsce urodzenia osoby badanej)

Stwierdzam:

brak przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym;

wystąpienie przeciwwskazań medycznych do przebywania ww. osoby w policyjnym pomieszczeniu przeznaczonym dla osób zatrzymanych lub doprowadzonych w celu wytrzeźwienia, pokoju przejściowym, tymczasowym pomieszczeniu przejściowym, policyjnej izbie dziecka, areszcie śledczym, zakładzie karnym, schronisku dla nieletnich lub zakładzie poprawczym oraz konieczność skierowania jej do podmiotu leczniczego;

odmowę poddania się przez osobę badaną lekarskiemu/pobraniu krwi oraz brak przesłanek do skierowania tej osoby do podmiotu leczniczego


odmowę poddania się przez osobę badaną lekarskiemu/pobraniu krwi oraz wystąpienie przesłanek do skierowania tej osoby do podmiotu leczniczego

wskazania do stosowania leków i ich dawkowania:

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

.....
(podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie)

We właściwe pole wpisać znak „x”.


	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.

94


	Formularz	WSRM-7-06-00-01 (ver. 1)
	Karta resuscytacji	20.07.2009 Strona 1 z 2

Karta resuscytacji

Imię i nazwisko pacjenta			Dzień i godzina wezwania												Czas zatrzymania krążenia			Obecne tętno											
			r	r	r	r	m	m	d	d	g	g	m	m	Znany			Tak	Nie										
Płeć pacjenta			Wiek pacjenta									Nieznany			Obecny oddech														
Dom, mieszkanie			Czas wyruszenia ambulansu			Czas przybycia ambulansu na miejsce			Czas przybycia zespołu do pacjenta						Tak	Nie													
Ambulans Pogotowia			Ulica, droga																										
Miejsce pracy			Inne miejsce publiczne			Zakład opiekuńczy			Zakład opieki zdrowotnej			Stan ogólny pacjenta przed zatrzymaniem krążenia			nieznany			Średni											
															dobry			Ciężki											
Obecność świadka			Czynności ratownicze świadka			Podjęcie resuscytacji przez zespół									Tak			Nie											
			Brak czynności			Początek resuscytacji									g			g			m			m					
Personel ambulansu			Pośredni masaż serca			Nie podjęto resuscytacji - powód																							
Inny przedstawiciel personelu medycznego			Pośredni masaż serca + sztuczne oddychanie			Pewne objawy śmierci																							
Laik			Członek rodziny			Tylko sztuczne oddychanie			Czas podjęcia czynności			g			g			m			m			Nieodwracalne następstwo przewlekłej ciężkiej choroby			Inny - jaki		
			Inna osoba																										
Objawy i zdarzenia poprzedzające zatrzymanie krążenia			Obecne			Nieobecne																							
Sercowe - ból wieńcowy lub inny ból w klatce piersiowej			Uraz			Zatrucie																							
Mózgowe - objawy udaru			Uduszenie, podtopienie			Krwotok nieurazowy																							
Inne - jakie																													
Etiologia sercowa			Rytm początkowy																										
			Migotanie komór			asystolia																							
Etiologia niesercowa			Częstoskurcz komorowy bez tętna			Czynność elektryczna bez tętna																							

Stan ogólny pacjenta

Dobry - sprawny, zdolny do normalnego życia; prawidłowa funkcja układu nerwowego z lub bez lekkich dysfunkcji innych narządów,
 Średni - przytomny, średnio nasiloną dysfunkcją układu nerwowego lub średniej ciężkości zaburzenia ze strony innych narządów. Wykonuje sam codzienne czynności, może być zdolny do pracy.
 Ciężki - przytomny, ciężkie zaburzenia mózgowo lub ciężkie zaburzenia ze strony innych narządów. Zależny od innych w codziennych czynnościach.

	Formularz	WSRM-7-06-00-01 (ver. 1)
	Karta resuscytacji	20.07.2009 Strona 2 z 2

Podjęte czynności

Zabezpieczenie dróg oddechowych				Wentylacja				Użycie tlenu				Krążenie							
Intubacja		Combitube		Maska twarzowa		Tak		Nie		Pośredni masaż serca									
Czas intubacji		Maska kraniowa		Worek samorozprężalny		Stymulacja przeskórna				Pośredni masaż serca + urządzenia wspomagające									
g	g	m	m	Rurka ustno-gardłowa		Respirator				Brak masażu									
		Inne:																	
Defibrylacja																			
Tak		Czas pierwszego wyładowania		g	g	m	m	Kolejne wartości energii wyładowań											
Nie																			
Droga podania																			
Dożylna		Czas założenia drogi dożylnej		g	g	m	m	Dospikowa		Czas założenia drogi dospikowej		g	g	m	m	Dotchawicza			
Leki podane																			
Nazwa leku			Dawka łączna		Nazwa leku			Dawka łączna		Nazwa płynu			Dawka łączna						
Adrenalina					Lidokaina					koloidy									
Atropina					NaHCO ₃					krystaloidy									
Amiodaron					Inne					inne:									
Inne czynności																			
Tamowanie krwotoku				Odbarczenie odmy				Odbarczenie tamponady osierdzia											
Dalszy los chorego				Czas				Czas odjazdu z miejsca zdarzenia				Czas przybycia do I.P. lub S.O.R.				Czas przekazania w I.P. lub S.O.R.			
Zgon na miejscu zdarzenia				g	g	m	m	g	g	m	m	g	g	m	m	g	g	m	m
Powrót spontanicznego krążenia				g	g	m	m	Miejsce przekazania pacjenta				Czas odjazdu z I.P. lub S.O.R.							
												g g m m							
Ponowna resuscytacja w trakcie transportu				g	g	m	m	Rodzaj zespołu				Rozpoznanie							
								Reanimacyjny											
Zgon w trakcie transportu				g	g	m	m	Wypadkowy											
								Ogólny											
								Numer wizyty											
Uwagi dodatkowe												Pieczęć i podpis wypełniającego							

I.P. – izba przyjęć, S.O.R. – Szpitalny Oddział Ratunkowy,

**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 ⁹⁾											
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 ⁵⁾						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) świadczeniodawcy	
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	
14. W bieżącym roku dokonuje wyboru: ³	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴
<input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁵	
15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
<input type="checkbox"/> 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: ⁶	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
17. W bieżącym roku dokonuje wyboru: ⁸	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi ⁹
<input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁶	
18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)
..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)	

OBJAŚNIENIA:

- ¹⁾ Świadczeniodawca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami.
- ²⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) - numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ³⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- ⁴⁾ W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informacje, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- ⁵⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- ⁶⁾ Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

96

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 1/2016

..... dnia 20 roku

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

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. Opłacę wpisowe określone Statutem — spowoduję 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 spłat 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 spłaty 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

**WYKAZ USŁUG
PRZEWOZOWYCH
WSRM w ŁODZI**

Ld-Wa-61 **IMPACT** Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01

100

KSIĄŻKA BADAŃ RTG

Ł.d-Wa-53 **IMPACT** Myslowice, tel./fax: (32) 762 94 23

100

1103

Łódź, dn.

Zaświadczenie o podaniu
Anatoksyny teżcowej

103

Nazwisko i imię
Rok urodzenia

0	1 po 1 m-cu	6 po 6 m-cach
Data		
Podpis pielęgniarki		

KARTA BADANIA ROZWOJU I ZDROWIA DZIECKA 4 – LETNIEGO

1104

Nazwisko i imię PESEL

Bilans zdrowia 2 latka Problem zdrowotny

INFORMACJE RODZICÓW**I. Wywiad zdrowotny:**

Przebyte choroby/alergie

Inne informacje

II. Rozwój psycho-motoryczny:

biega sprawnie, potrafi stać na jednej nodze, potrafi odpinać guziki

rysuje, rozpoznaje 4 podstawowe kolory, buduje z klocków

zadaje pytania (po co, dlaczego?), rozumie polecenia, je samodzielnie

załatwia się samo, wkłada samodzielnie ubrania

PIELĘGNIARSKA OCENA ZDROWIA**I. Badania antropometryczne:**

Waga kg, centyle, ocena Wzrost cm, centyle, ocena

II. Badania przedmiotowe:

Narząd wzroku: zół: niewidoczny, widoczny

Ostrość wzroku: OL, OP, uwagi

Test Hirschberga: prawidłowy, nieprawidłowy

Cover test: dodatni, ujemny

Orientacyjny test słuchu: ucho lewe: słuch prawidłowy, nieprawidłowy

ucho prawe: słuch prawidłowy, nieprawidłowy

Ciśnienie tętnicze krwi mmHg

Podpis pielęgniarki

104

BADANIA LEKARSKIE

I. badanie przedmiotowe:

Budowa ciała: skolioza kształt klatki piersiowej
wady ortopedyczne kończyn dolnych: stopy kolana
Głowa Serce Płuca Węzły chłonne
Brzuch: śledziona wątroba inne
Skóra Nos Uszy Gardło
Uzębienie zgryz próchnica
Narząd moczowy stulejka jądra w mosznie

II. badanie laboratoryjne:

Morfologia mocz inne konieczne
Konsultacje specjalistyczne

III. wnioski

Ocena rozwoju psych-fizycznego i społecznego
Ocena rozwoju mowy Czynniki ryzyka uszkodzeń słuchu
Problemy zdrowotne – rozpoznanie: Bilans zdrowia
Skierowanie do specjalisty:
Zalecenia przekazane rodzicom:
Wykonanie zaleceń przekazanych rodzicom:

Data badania

Podpis lekarza

KARTA BADANIA ROZWOJU I ZDROWIA DZIECKA 2- LETNIEGO

Nazwisko i imię PESEL

Ocena zdrowia dziecka w 12 m-cu życia Problem zdrowotny

INFORMACJE RODZICÓW

I. Wywiad zdrowotny:

Przebyte choroby/alergie

Inne informacje

II. Rozwój psycho-motoryczny:

Chodzi, biega pewnie potrafi wchodzić na krzesło bawi się klockami

Pokazuje 2 części ciała rozumie proste zalecenia zgłasza potrzeby fizjologiczne

Łączy słowa w zdania potrafi samodzielnie przynosić pokarm do ust

PIELĘGNIARSKA OCENA ZDROWIA

I. Badania antropometryczne

Waga kg, centyle ocena Wzrost cm, centyle ocena

II. Badania przedmiotowe:

Narząd wzroku: zez: niewidoczny widoczny

Test Hirschberga: prawidłowy nieprawidłowy

Orientacyjny test słuchu: ucho lewe: słuch prawidłowy nieprawidłowy

ucho prawe: słuch prawidłowy nieprawidłowy

Ciśnienie tętnicze krwi / mmHg

Podpis pielęgniarki

BADANIA LEKARSKIE

I. badanie przedmiotowe:

Głowa , ciemniaczko zarośnięte
Budowa ciała: , kształt klatki piersiowej
Serce Płuca Węzły chłonne
Brzuch: śledziona , wątroba , inne
Skóra Nos Uszy Gardło
Uzębienie , zgryz
Narząd moczowy , stulejka , jądra w mosznie

II. badanie laboratoryjne:

Morfologia , mocz , inne konieczne
Konsultacje specjalistyczne

III. wnioski

Ocena rozwoju psycho-fizycznego , ocena rozwoju mowy
Czynniki ryzyka uszkodzeń słuchu Bilans zdrowia
Ocena wykonanych szczepień ochronnych
Problemy zdrowotne – rozpoznanie:
Skierowanie do specjalisty:
Zalecenia przekazane rodzicom:
Wykonanie zaleceń przekazanych rodzicom:

Data badania

Podpis lekarza

106

.....
(pieczęć nagłówkowa zakładu pracy)
Znak:
..... 20 r.
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani

NIP

PESEL

zamieszkały(a)

jest zatrudniony(a) w
(nazwa zakładu pracy)

na stanowisku

wynagrodzenie miesięczne
(określić brutto czy netto)

Zaświadczenie wydaje się w celu

	Formularz	WSRM-7-05-01-01 (ver. 3) 29.05.2013 Strona 1 z 1
	Wniosek w sprawie badania osoby zatrzymanej	

Właściwe pole zaznaczyć X:

- przeprowadzenie badania lekarskiego
- pobranie próbki krwi

Uzasadnienie wniosku:

- zgłoszenie przez osobę zatrzymaną schorzeń wymagających stałego lub okresowego leczenia, którego przerwanie powodowałoby zagrożenie życia lub zdrowia
- żądanie badania lekarskiego przez osobę zatrzymaną
- widoczne obrażenia ciała
- kobieta w ciąży lub karmiąca piersią
- osoba chora zakaźnie
- osoba z zaburzeniami psychicznymi
- nieletni po spożyciu alkoholu lub innego, podobnie działającego środka
- udokumentowanie stanu trzeźwości
- badanie do celów administracyjnych (dochodzeniowych)

Dane osoby zatrzymanej:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

PESEL lub data urodzenia _____

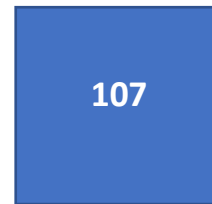
Jednostka zlecająca badanie _____


Nr sprawy _____

_____ ne funkcjonariusza/identyfikator _____

(miejscowość, data)

(podpis)



	Formularz	WSRM-7-05-11-03 21.10.2011 Wersja: 2 Strona 1 z 1
	SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ WSRM W ŁÓDZI, UL. SIENKIEWICZA 137/141 TEL. 42 636 37 00 WEW. 257	

SKIEROWANIE NA BADANIE

RTG

USG

DATA WYSTAWIENIA

PESEL

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES

KOD

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR KARTY

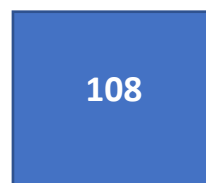
RODZAJ BADANIA

ROZPOZNANIE - CEL BADANIA

TAK

OPIS

NIE



Wydawnictwa Akcydensowe S.A.
01-225 Warszawa, ul. Bema 60a
tel. 0 22 632 20 04+9, 0 22 632 84 59
tel./fax 0 22 632 81 94 e-mail info@wa.com.pl

KSIĘGA GABINETU
ZABIEGOWEGO

Og 9

Sklepy firmowe:

- **Warszawa**
01-225 ul. Bema 60a, tel. 0 22 632 20 04+9, fax 0 22 632 81 94
00-873 ul. Ogrodowa 39/41, tel. 0 22 624 68 98
03-726 ul. Targowa 33a, tel. 0 22 619 07 77
- **Radom**
26-610 ul. Traugutta 56, tel./fax 0 48 362 25 65
- **Bydgoszcz**
85-056 ul. Warmińskiego 12, tel. 0 52 322 18 51 w. 11
fax 0 52 322 85 05
85-046 ul. Pomorska 19, tel./fax 0 52 328 77 53
- **Torun**
87-100 ul. Dzierżńskiego 12, tel./fax 0 56 659 06 71

A4 ks. 400 kont.

u

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

z zakładu

		-		-			
--	--	---	--	---	--	--	--

KSIĄŻKA GABINETU ZABIEGOWEGO

.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

.....
(kod identyfikacyjny)

Wydawnictwa Akcydensowe S.A., Warszawa, ul. Bema 60a, tel. 632-20-04

Wydawnictwo zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu i szczegółowych warunków jej udostępniania z dnia 10 sierpnia 2001 r. (Dz.U. Nr 88, poz. 966, § 27, z 27.08.2001 r.)

