



### KARTA DEZYNFEKCJI AMBULANSU

W dniu ..... przeprowadzono dezynfekcję ambulansu podmiotu leczniczego:

.....

o nr rej.: .....

Dezynfekcję rozpoczęto o godzinie: .....


Dezynfekcję zakończono o godzinie: .....

Użyto następujących środków / o stężeniu: .....

.....

Dezynfekcji dokonał (czytelny podpis): .....

Pojazd po dezynfekcji przyjął (czytelny podpis): .....

 AZECCZARNICZKA DŁUGI WÓJTAŁYŃSKI LUBLIN	Formularz	WSRM-7-15-02-01 (ver. 3)
	Zgoda na leczenie stomatologiczne	16.02.2016 Strona 1 z 2

Prosimy o uważne zapoznanie się z możliwymi powikłaniami stomatologicznymi:

**1. Powikłania związane z usunięciem zęba:**

Miejscowe:

- 1) Niezamierzone usunięcie sąsiedniego zęba;
- 2) Uszkodzenie tkanek miękkich;
- 3) Przepchnięcie korzenia zęba do tkanek miękkich;
- 4) Przepchnięcie korzenia zęba do kanału zuchwowego;
- 5) Otwarcie zatoki szczękowej;
- 6) Włóczenie korzenia zęba do zatoki szczękowej;
- 7) Odlamanie wyrostka zębodołowego szczęki lub żuchwy;
- 8) Odlamanie guza szczęki;
- 9) Złamanie żuchwy;
- 10) Zwichnięcie żuchwy;
- 11) Przedostanie się zęba do dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego;
- 12) Pozostawienie fragmentu korzenia usuwanego zęba.

Ogólne:

- 1) Omdlenie;
- 2) Atak padaczki.

**2. Powikłania powstałe po usunięciu zęba:**


- 1) Ciała obce w zębodole;
- 2) Ostre brzegi zębodołu;
- 3) Ból poekstrakcyjny (suchy zębodół);
- 4) Powikłania zapalne;
- 5) Krwawienie: pierwotne, powtórne, wtórne.

**3. Powikłania związane z nacięciem ropnia:**

- 1) Niedostateczne znieczulenie;
- 2) Krwawienie;
- 3) Niedostateczne odbarczenie ropnia;
- 4) Uszkodzenie zakończeń nerwowych w trakcie nacięcia.

**4. Powikłania związane z dewitalizacją miazgi:**

- 1) Ból po dewitalizacji;
- 2) Możliwość wystąpienia martwicy brodawki dziąseł;
- 30 Reakcja alergiczna na preparat dewitalizujący.

	Formularz	WSRM-7-15-02-01 (ver. 3)
	Zgoda na leczenie stomatologiczne	16.02.2016 Strona 2 z 2

5. Powikłania w leczeniu endodontycznym:

- 1) Złamanie korony zęba;
- 2) Zwolnienie osłonowej okołowierzchołkowej;
- 3) Perforacja dna komory zęba lub kanału korzeniowego;
- 4) Złamanie narzędzia w kanale;
- 5) Zaostrzenie procesu zapalnego w okolicach leczonego zęba;
- 6) Przepchnięcie mas zgorzelinowych poza otwór wierzchołkowy.

6. Powikłania związane ze znieczuleniem miejscowym:

Miejscowe:

- 1) Niedostateczne znieczulenie;
- 2) Odczyny naczyniowe będące przyczyną anemizacji tkanek (zblednięcie skóry lub błony śluzowej danej okolicy, martwica tkanek);
- 3) Uszkodzenie nerwu czuciowego,
- 4) Porażenie nerwów ruchowych (ustępuje bez leczenia po wchłonięciu płynu znieczulającego ok. kilku godzin);
- 5) Złamanie igły;
- 6) Krwaki tkanek;
- 7) Ból po ustąpieniu znieczulenia.

Ogólne:

- 1) Omdlenie;
- 2) Nadwrażliwość na leki znieczulające.

Powyższe przeczytałem/am i zrozumiałem/am, zostałem/am poinformowany/a o moim stanie zdrowia rozpoznaniu oraz proponowanym leczeniu. Udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania. Potwierdzam, że zapoznałem/am się z możliwymi powikłaniami zabiegów stomatologicznych.

Wyrażam zgodę na .....  
i przyjąłem/am do wiadomości zalecenia lekarskie.

Łódź, dnia .....20.....r.  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PIELEGNIAKI PODSTAWOWEJ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ I POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>2)</sup>

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię			2. Nazwisko			3. Nazwisko rodzowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć			6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość					
_____ / _____ / _____ <small>dzień - miesiąc - rok</small>			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 <sup>2)</sup> )											
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 <sup>2)</sup>						12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					
_____											

<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>		
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. <i>Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i>		
13B. <i>Adres siedziby świadczeniodawcy</i>		
14. W bieżącym roku dokonuje wyboru: <sup>9)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>9)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>9)</sup>
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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
<b>III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>		
16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór: <sup>9)</sup>		
<i>Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej</i>		
17. W bieżącym roku dokonuje wyboru: <sup>9)</sup>		
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>9)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>9)</sup>
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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		

**IV. DANE DOTYCZĄCE PIELEŃNIARKI OPIEKI ZDROWOTNEJ**

19. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:<sup>9)</sup>

Imię i nazwisko  
pielęgniarki podstawowej  
opieki zdrowotnej

20. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>9)</sup>

- po raz pierwszy       po raz drugi<sup>4)</sup>       po raz kolejny<sup>6)</sup>

21. 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- .....
- inna okoliczność

**V. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

22. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:<sup>9)</sup>

Imię i nazwisko  
położnej podstawowej  
opieki zdrowotnej

23. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>4)</sup>

- po raz pierwszy       po raz drugi<sup>4)</sup>       po raz kolejny<sup>9)</sup>

24. 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 położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- .....
- inna okoliczność

.....  
(data)

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

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


**OBJAŚNIENIA:**

- <sup>1)</sup> Świadczeniodawca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu 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.
- <sup>2)</sup> 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.
- <sup>3)</sup> 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).
- <sup>4)</sup> W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację, 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.
- <sup>5)</sup> 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).
- <sup>6)</sup> 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.








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

<b>Ja niżej podpisany - Dane pacjenta</b>	
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>	
<b>Proszę o wydanie <i>(właściwe zaznaczyć X)</i></b>	
<b>Zaświadczenia o udzieleniu pomocy medycznej</b>	
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
<b>Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji/pełnomocnika</b>	
Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa	
Dokument tożsamości <i>(rodzaj, seria, numer)</i>	
<b>Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej wyżej wymienioną osobę</b>	
Podpis pacjenta <i>(lub przedstawiciela ustawowego)</i>	
Data złożenia upoważnienia	
<b><i>Niniejszym zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującym w WSRM w Łodzi cennikiem</i></b>	
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-7-05-00-04 (ver. 1)
	Świadoma zgoda pacjenta	16.02.2016 Strona 1 z 1

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

1. Zostałem/am poinformowany/a o istocie mojej choroby oraz możliwościach jej leczenia.
2. Zgadzam się na wykonanie diagnostyki i proponowane leczenie \*:
  - [ ] zabieg (określić rodzaj).....
  - [ ] znieczulenie (określić rodzaj).....
  - [ ] iniekcję leku (nazwa, droga podania).....
 których założenia , cele, stopień ryzyka z nimi związany został mi przedstawiony w sposób zrozumiały.
3. Zostałem/am poinformowany/a o:
  - a. moim stanie zdrowia,
  - b. rozpoznaniu,
  - c. proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, w tym rodzaju i celu proponowanego zabiegu , jak również o ryzyku i powikłaniach mogących powstać z tego tytułu,
  - d. proponowanym znieczuleniu oraz ewentualnym ryzyku i powikłaniach,
  - e. zalecanych lekach i drogach ich podania,
  - f. wynikach leczenia i/lub rokowaniu.

Wszystkie powyższe stwierdzenia są dla mnie zrozumiałe i nie wywołują wątpliwości. Rozumiem, że leczenie wiąże się z ryzykiem. Miałem/am możliwość zadawania pytań i jestem usatysfakcjonowany/a z uzyskanych wyjaśnień oraz przystępnych, zrozumiałych i wyczerpujących odpowiedzi.

Potwierdzam, że przyjąłem/am do wiadomości i zrozumiałem/am powyższe informacje , w tym w szczególności informacje na temat ryzyka i powikłań.

Wyrażam zgodę na wykonanie wszelkich niezbędnych badań i czynności medycznych związanych z proponowanym leczeniem, w tym na diagnostykę, zabieg, znieczulenie oraz podanie zleconych leków.

\* właściwie zaznaczyć

Łódź, dnia.....20.....r.  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

Miejscowość, data

**KARTA INFORMACYJNA O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH OSOBE UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI**

DANE ŚWIADCZENIODAWCY				
Nazwa		Nr umowy z NFZ		
DANE PACJENTA				
Nazwisko		Data urodzenia*		
Imię (imiiona)		Płeć**	K	M
Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E)				
Identyfikator***				
FORMULARZ SERII E				
Rodzaj formularza		Kolejny nr formularza****		
ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE				
Rodzaj udzielonego świadczenia**		Data udzielonego świadczenia**		
• Podstawowa opieka zdrowotna		Data początku*		
• Ambulatoryjna opieka specjalistyczna				
• Leczenie stomatologiczne		Data końca*		
• Leczenie szpitalne				
• Rehabilitacja lecznicza		Tryb przyjęcia**		
• Ratownictwo i transport medyczny		Nagły		
• Świadczenia odrębnie kontraktowane		Planowy		
• Inne (podać jakie)				
Rozpoznanie wg ICD 10 rozszerzone*****		Procedury wg ICD 9		
Badania przedmiotowe				
Badania podmiotowe				
Wykonane badania				
Przebieg choroby (epikryza w leczeniu szpitalnym)				
Zastosowane leczenie				
Zalecenia lekarskie				
Zalecane leki				

**Legenda:**

- \* Dzień, miesiąc, rok
- \*\* Należy zaznaczyć znakiem „X” przy właściwym polu
- \*\*\* Rodzaj, seria i numer dokumentu
- \*\*\*\* I lub numer Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- \*\*\*\*\* Należy wpisać nazwę i kod

Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

Uwaga: Kartę informacyjną należy wypełnić piśmem drukowanym.

OKLEJKA

**DRUKI DRUKI DRUKI**

K-103

# KWITARIUSZ PRZYCHODOWY

na papierze samokopijującym

Data	Opis	Kwota	Zaokr.	Suma	Podpis

# KWITARIUSZ PRZYCHODOWY Druk ścisłego zarachowania

zawiera ..... bankietów pokwitowań, seria .....

(Nazwa jednostki) ..... od Nr ..... do Nr .....

Nazwa i ciąg skontrolowanego bankietu	Słownie składowe	Data		Przeprowadzone kontrole bankietu		
		wydział bankietu	parcie bankietu	Nazwa i ciąg kontrolującego	data przeprow. działa kontrol.	liczba pokwitowań od Nr do Nr

**UWAGA** | Kwitariusz powinien być zwrócony w stanie nie zmienionym.

POKWITOWANIE

Panc()

adres

Nr konta  Nazwa jednostki  NIP

**seria TF № 630001**

Maj. obrotu Maj. biuro Za zwrotu Kwoty rgn. RAZEM

poinstal.

podpis   
główny jak wyżej

---

POKWITOWANIE

Panc()

adres

Nr konta  Nazwa jednostki  NIP

**seria TF № 630002**

Maj. obrotu Maj. biuro Za zwrotu Kwoty rgn. RAZEM

poinstal.

podpis   
główny jak wyżej

---

POKWITOWANIE

Panc()

adres

Nr konta  Nazwa jednostki  NIP

**seria TF № 630003**

Maj. obrotu Maj. biuro Za zwrotu Kwoty rgn. RAZEM

poinstal.

podpis   
główny jak wyżej

---

POKWITOWANIE

Panc()

adres

Nr konta  Nazwa jednostki  NIP

**seria TF № 630004**

Maj. obrotu Maj. biuro Za zwrotu Kwoty rgn. RAZEM

poinstal.

podpis   
główny jak wyżej

---

POKWITOWANIE

Panc()

adres

Nr konta  Nazwa jednostki  NIP

**seria TF № 630005**

Maj. obrotu Maj. biuro Za zwrotu Kwoty rgn. RAZEM

poinstal.

podpis   
główny jak wyżej



Pieczęć świadczeniodawcy


**Odpis Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego  
lub Certyfikatu Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego**

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami

1.	Informacje dotyczące instytucji właściwej, która wystawiła EKUZ lub CZEKUZ
1.1.	Nazwa ..... Kod .....
1.2.	Adres <sup>1)</sup> .....
2.	Informacje dotyczące uprawnionego
2.1.	Nazwisko .....
2.2.	Imię (imiona) .....
2.3.	Data urodzenia .....
2.4.	Osobisty numer identyfikacyjny .....
3.	Osoba wymieniona w punkcie 2 otrzymała świadczenia zdrowotne na podstawie dokumentu:
<input type="checkbox"/>	Certyfikat Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego z dnia ..... ważny od ..... do .....
	Numer identyfikacyjny dokumentu .....
<input type="checkbox"/>	Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego ważna do .....
	Numer identyfikacyjny dokumentu .....
4.	Przyczyna ręcznego sporządzenia odpisu dokumentu:
	.....
Potwierdzam zgodność danych zawartych w odpisie z danymi zawartymi w dokumencie oryginalnym.	
Data i miejsce sporządzenia odpisu: .....	
Imię i nazwisko osoby sporządzającej odpis: .....	
.....	

<sup>1)</sup> Adres - ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo.



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

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

PIECZĄTKA I PODPIS  
LEKARZA KIERUJĄCEGO



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

96

Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 1/2016

.....  
komórka organizacyjna

..... dnia ..... 20 ..... roku  
miejsowość

.....  
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

.....  
podpis pracownika

*\*niepotrzebne skreślić*

1 Miejsce seladowania    2     3 Jm    4 Nr karty

5 Nazwa artykułu

6 Cena za Jm    7 KSM - symbol indeksu    8 Decna - symbol - gatunek

20 ...	Dowód		Przychód	Rozchód	Stan
	symbol	nr			
9	10	11	12	13	14

20 ...	Dowód		Przychód	Rozchód	Stan
	symbol	nr			
15	16	17	18	19	20

Pa 04-13

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

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
____-____-____ <small>dzień - miesiąc - rok</small>	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 <sup>6)</sup> )		
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 <sup>5)</sup>		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:	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>a</sup>
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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) _____</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność _____	
III. DANE DOTYCZĄCE PIELEŃNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:	
Imię i nazwisko pielęgniarzki podstawowej opieki zdrowotnej	
17. W bieżącym roku dokonuje wyboru:	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>a</sup>
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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) _____</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność _____	
_____ (data)	_____ (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)
_____ (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)	

**OBJAŚNIENIA:**

- <sup>81</sup> Świadczeniodawca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu 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.
- <sup>82</sup> 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.
- <sup>83</sup> 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).
- <sup>84</sup> W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację, 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.
- <sup>85</sup> 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).
- <sup>86</sup> 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.



## WNIOSEK O ZALICZKĘ

Imię i nazwisko .....	Stanowisko służbowe .....	
Jednostka organizacyjna .....	Data ..... r.	
Proszę o wypłacenie mnie zaliczki wg poniższej specyfikacji		
Nazwa przedmiotu, materiału lub usługi	Ilość	Kwota
<b>RAZEM</b>		

Pu-K-113 IMPACT tel./fax (032) 256-77-22

KONTO Winien	ZALICZKA w kwocie	KONTO Ma

słownie zł .....

Sprawdzono pod względem merytorycznym	Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym	Zatwierdzono do wypłaty
		Główny Księgowy
..... data                      podpis	..... data                      podpis	..... data                      podpis

Zaliczkę wypłacono

Powyższą zaliczkę otrzymałem i zobowiązuję się rozliczyć w terminie .....  
dnia ..... r. upoważniając równocześnie do potrącenia kwoty nie rozliczonej zaliczki z najbliższego wynagrodzenia.

.....  
data i podpis kasjera

.....  
podpis zaliczkoobrotcy

**ROZLICZENIE  
ZALICZKI**

z tytułu  zaliczki  z tytułu...

Nr.....

Nazwa		Zadanie	
Zaliczka		Zadanie dotyczy zmian... ...z tytułu...	
Wyszukiwanie w... ...z tytułu... ...		Zaliczka dotyczy... ...z tytułu... ...	
Data		Data	
Zawieszanie do wypłaty			
Koszt	Symbol...	Koszt	Symbol...
RAZEM			
Koszt	Zaliczka		Data
Data wypłaty - do ewidencji			
Wpłaty - do ewidencji			
Wpłaty - do ewidencji			
Wpłaty - do ewidencji			
Data wypłaty		DK	Data wypłaty

\* Wykazana kwota

Lp	Zobowiązanie wydatkowe (zakaznikowy)	Koszt	Kosz
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
	RAZEM		Kosz



### ARKUSZ SPISU Z NATURY UNIwersalny

pieczęć

Rodzaj inwentaryzacji - \_\_\_\_\_

Sposób przeprowadzenia - \_\_\_\_\_

(Nazwa i adres jednostki inwentaryzowanej)  
**Skład komisji inwentaryzacyjnej (zespołu spisującego)**  
(imię, nazwisko i stanowiska służbowe)

(Imię i nazwisko osoby materialnie odpowiedzialnej)  
**Inne osoby obecne przy spisie**  
(imię, nazwisko i stanowiska służbowe)

Spis rozpoczęto dn. \_\_\_\_\_ o godz. \_\_\_\_\_ zakończono dn. \_\_\_\_\_ o godz. \_\_\_\_\_

L.p.	KTM - symbol indeksu	Nazwa (określono) przedmiotu ujętego	J.m.	Ilość stwierdzona	Cena	Wartość	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

Podpis osoby materialnie odpowiedzialnej \_\_\_\_\_

Skład komisji inwentaryzacyjnej

Przewodniczący \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko) (podpis)

Członkowie \_\_\_\_\_

Wycenił \_\_\_\_\_

Sprawdził \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Karta zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, albo w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 albo w art. 46a ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**

1. W dniu ..... o godz. ....

wobec Pani/Pana\* .....  
(imię i nazwisko)

w trakcie\*:

- 1) udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego,
- 2) wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 poz. 1878),
- 3) wykonywania czynności, o których mowa w art. 46a ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

zastosowano przymus bezpośredni:

1) rodzaj(-e) zastosowanego przymusu bezpośredniego:  
.....  
.....

2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego:  
.....  
.....  
.....

3) osoba(-y) zlecająca(-e) zastosowanie przymusu bezpośredniego:  
.....  
.....  
.....

2. Osoba(-y) nadzorująca(-e) zastosowanie przymusu bezpośredniego: .....  
(imię i nazwisko oraz stanowisko)

L.p.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko

3. Informacja o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego/informacja o zawiadomieniu dyspozytora medycznego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:  
.....  
.....  
.....

.....  
(imię i nazwisko oraz stanowisko)

4. Informacja o podjęciu decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego oraz uzasadnienie tej decyzji, jeżeli dotyczy:

L.p.	Data i godzina	Imię i nazwisko oraz stanowisko	Uzasadnienie

5. Czas trwania przymusu bezpośredniego:

- 1) data i godzina rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego: .....
- 2) data i godzina zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego: .....
- 3) łączny czas stosowania przymusu bezpośredniego: godz. .... min. ....

6. Opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza/lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, a także imię i nazwisko oraz stanowisko osoby stosującej przymus bezpośredni:

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

7. Osoba(-y) podejmująca(-e) decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego:

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

(imię i nazwisko oraz stanowisko osoby podejmującej decyzję)

8. Dokumentację, o której mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459), przekazano do oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego\*:

- 1) kierownikowi podmiotu leczniczego, lub lekarzowi przez niego upoważnionemu;
- 2) lekarzowi specjalście w dziedzinie psychiatrii upoważnionemu przez marszałka województwa.

.....  
(data, godzina oraz imię i nazwisko oraz stanowisko osoby potwierdzającej przekazanie dokumentacji)

## Rozkład pracy dla pielęgniarek, salowych <sup>22</sup>

Plan pracy zespołu wczorajszego      za miesiąc      20      r. Oddział

Zmiany	Godziny	Dni miesiąca																															
		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	
Ranna	od ..... do .....																																
Popołudniowa	od ..... do .....																																
Noona	od ..... do .....																																
Dni wolne																																	

Numery pracowników na odcinkach pracy	Odcinek Nr 1. _____ nazwisko i imię	Odcinek Nr 5. _____ nazwisko i imię	Bez stałego przydziału 9. _____ nazwisko i imię
	2. _____ nazwisko i imię	6. _____ nazwisko i imię	10. _____ nazwisko i imię
	3. _____ nazwisko i imię	7. _____ nazwisko i imię	_____ nazwisko i imię
	4. _____ nazwisko i imię	8. _____ nazwisko i imię	_____ nazwisko i imię

Materiał IMPAST nr Fax (02) 296-77-02

**23**

1	2	3	4	5	6	7
Symbol cyfr dok.		Rw rozchód wewnętrzny	Wykonuje: _____ kto _____ dla kogo _____	Nr dokumentu wstrzymania	Symbol mag.	Nr magazynowy dok.
8 Nazwa wyrobu - zespołu - części - recept			9 Numer rysunku - wyrobu - zespołu - części - recept		10 Symbol cyfr - wyrobu - zespołu - części - recept	
11 Połke określenie materiału			numer normy	12 KTM - symbol indeksu		13 Jm
15 Norma zużycia na					17 Wym. elem. wysł. (przygot.)	
ilość	jm	brutto	element wysł. (przygot.)	netto		
18		19		20		
Wydano		materiał		Złoczenie		
ilość		wartość		m.c nr		
data		Złoczenie		szt		
Wydal		Pobrał		21 Ilość po wydaniu (stan)		
data		data		22 Ilość		
25 Wykwas		25 Zabwędził		23		

Materiał IMPAST nr Fax (02) 296-77-02

Wydział - Dział		Kto kosztów	Kto wydził	Nr zlecenia	<b>Rw</b> Pobranie materiałów wielopoz.	Nr białego Rw		Egz.		
Wydział - Dział		Dział		Nr magaz. Rw		Data				
Nr indeksu materiałowego	Nazwa materiału	ILOŚĆ			Cena		Wartość		Konto symet. mater.	Zap. ilość
		żądana	j.m.	wydana	zł	gr	zł	gr		
Wystawił	Zatwierdził	wydził -		MAGAZYN	- pobral		Ewidencja ilościowa - wartościowa			
				Data:			Wycenił	Dziennik-konto-pozycja-podpis		



<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*</b>																															
Numer ewidencyjny zlecenia: .....																															
Pieczątką lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ																															
<b>WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA</b>	<b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>																														
	Nazwisko i imię: .....																														
	Adres zamieszkania Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....																														
	Ulica ..... nr domu ..... m.....																														
	Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																														
	<b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b>																														
	Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																														
	liczba sztuk .....																														
	Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): .....																														
	.....																														
	.....																														
	Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>																														
Soczewki okularowe korekcyjne																															
<table border="1"><thead><tr><th></th><th></th><th>Sfera</th><th>Cylinder</th><th>Oś</th><th>Pryzma</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="2">Do dali</td><td>OP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">Odległość żrenic ..... mm</td></tr><tr><td>OL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Do bliży</td><td>OP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">Odległość żrenic ..... mm</td></tr><tr><td>OL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma		Do dali	OP					Odległość żrenic ..... mm	OL					Do bliży	OP					Odległość żrenic ..... mm	OL				
		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma																										
Do dali	OP					Odległość żrenic ..... mm																									
	OL																														
Do bliży	OP					Odległość żrenic ..... mm																									
	OL																														
<b>III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:</b> .....																															
.....																															
Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: .....																															
<b>Data wystawienia zlecenia</b>	<b>Pieczątką i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu</b>																														
* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły. ** Zgodnie z przepisami wydаныmi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).																															

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	<b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b> Kod tytułu uprawnienia ..... Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... nr dokumentu ..... Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: ..... Limit finansowania ze środków publicznych ..... Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia .....% Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji .....  Data potwierdzenia zlecenia .....  <div style="text-align: right;">           _____            Pieczęćka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego            Narodowego Funduszu Zdrowia         </div>
	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b>  Data przyjęcia do realizacji ..... Pieczęćka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ  Liczba sztuk ..... Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) .....  Cena detaliczna wyrobu medycznego ..... Kwota refundacji ..... Dopłata świadczeniobiorcy ..... Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem  <div style="text-align: right;">           _____            Data, pieczęćka i podpis osoby realizującej zlecenie         </div> Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem  Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)  <div style="text-align: right;">           _____            podpis osoby odbierającej***         </div>
*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożony w obecności osoby wydającej wyrob medyczny.	

.....  
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. Opłace 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

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

z dniem ..... r.

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

KARTA PRACY WYJAZDOWEGO ZESPOŁU SANITARNEGO TYPU "N"

Nr zlecenia:

Nazwa i adres Świadczeniodawcy

Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi  
91-202 Łódź, ul. Warońska 2

Firma/Na / osoba lekarza  
wyjazdowego zespołu sanitarnego typu "N"

Nazwisko dziecka	Plec* M K	Imię matki:
Adres i telefon rodziców:		*Imię matki/rodzica:
Masa urodzeniowa (g):	Tytuł ojczy:	Data ur. (dni/mj):
Masa aktualna (g):	Adogar:	Godz. urodzenia (g/min):
Miejsce wezwania (transport z)		Miejsce przewożenia (transport do)
Szpital:		Szpital:
Odrośl:		OIOM/DOTN <input type="checkbox"/> Pat. Noworodka <input type="checkbox"/> Noworocy <input type="checkbox"/>
Rozpoznanie:		Kardiologiczne <input type="checkbox"/> Chirurgiczne <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>
		Nazwisko lekarza z którym uzgodniono miejsce (tel.):
Nazwisko lekarza zamawiającego (transport (tel.)):		Nazwisko lekarza przyjmującego zgłoszenie/pacjenta:
Data wezwania:	Godz.:	Data przewożenia: Na godz.:

Przebieg ciąży:  
Przebieg porodu:  
Aktualny stan noworodka:

Stan zastany w oddziale wzywającym				
Odrośl	Parametry wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Podane leki	Stan dziecka w oddziale
Ważny <input type="checkbox"/>	FiO <sub>2</sub> :	Wsk. dożylne obwodowe <input type="checkbox"/>	Wsk. K .....mg	Dotry <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	P:	Kanula peplkowa* Z T	Glukoza .....%.....ml	Średni <input type="checkbox"/>
AMBU <input type="checkbox"/>	TR:	Intubacja e .....Mm <input type="checkbox"/>	5,4% NaHCO <sub>3</sub> .....ml	Ciepłota <input type="checkbox"/>
Terapię <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość nurki	Antybiotyki .....mg	Akonalny <input type="checkbox"/>
Respirator <input type="checkbox"/>	PIP:			Zgon <input type="checkbox"/>
Typ respiratora:			Katecholamina .....	Posiew z <input type="checkbox"/>
Uwagi:			Inne:	Krew <input type="checkbox"/>
				Inne <input type="checkbox"/>

TRANSPORT (czynności wykonane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N")				
Odrośl	Czynności	Leki	Dozowanie	Stan dziecka
Ważny <input type="checkbox"/>	Wsk. dożylne obw. <input type="checkbox"/>	Sedacja/analgezyja	Ciepłota ciała pr .....°C	Stabilny <input type="checkbox"/>
Terapię <input type="checkbox"/>	Kanula peplkowa* Z T		Ciepłota ciała	Poprawna <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja e Mm <input type="checkbox"/>	Katecholamina	Samotnie	Poprocznie <input type="checkbox"/>
MWSIMV <input type="checkbox"/>	Reanimacja <input type="checkbox"/>		Kolor skóry	Zgon <input type="checkbox"/>
P <input type="checkbox"/>	Inne:	Glukoza .....%.....ml	Poziom glukozy w surowicy .....mg	Czy jest? <input type="checkbox"/>
FiO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>				Krew matki <input type="checkbox"/>
I <input type="checkbox"/>		Inne:	RR	Historia choroby <input type="checkbox"/>
II <input type="checkbox"/>	Uwagi:			Rentgenogramy <input type="checkbox"/>
PEEP <input type="checkbox"/>				Kontakt z matką <input type="checkbox"/>
PIP <input type="checkbox"/>				

Odrośl docelowy	Godziny	godz./min.
Temperatura ciała pr .....°C	Wyjazd z bazy	
Nazwisko lekarza przyjmującego:	Przyjazd do szpitala wzywającego:	
Wyjazdowy zespół sanitarny typu "N" (Imię i nazwisko lekarza i Nazwisko):	Wyjazd ze szpitala wzywającego:	
LEKARZ:	Przyjazd do miejsca docelowego:	
Podpis/initial/określenie:	Przyjazd do bazy lub następnego wyjazdu:	
Wskazania:	Użycie sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej TAK/NIE*	Trasa km .....

\* - niepotrzebne skreślić

<b>ZLECENIE</b> na pracę w godzinach nadliczbowych jednorazowe - wieloosobowe		Nr
Dział - Oddział		
Prosimy o zlecenie wymienionym drugostronnie osobom wykonanie następujących prac:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
w godzinach nadliczbowych, w dniu ..... 20 .....		
od godz. .... do godziny ..... razem ..... go		
Uzasadnienie pracy w godzinach nadliczbowych .....		
Data	Wymagający	Kier. Dział. Zatr. i Płac.      Dyrektor

MS.12.154 08/02 Modułowa - 01/201 756,77 22

Karta pracy w godzinach nadliczbowych									
Lp.	Nazwisko i imię	Nr kontynity	Charakter zatrudnienia	Kier. oddz.	Kierczywszy czas pracy		licz godzin z dopłatą		licz jedn. wyszcz.
					od g.	do g.	50%	100%	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Kontrola czasu pracy:									
Pracę przyjął:	Wykon. spraw:	Kier. Wydz. Dz.	Zatr. do wykł.	Wpisano na: Karty pracy Karty zatrudnienia Listy płacy Data Podpis					
Data .....	Data .....	Data .....	Data .....						
Podpis .....	Podpis .....	Podpis .....	Podpis .....						









***Dziennik Pracy***

***Poradni***

---



WZC 0013

**KSIĘGA  
DOKONANYCH  
OPERACJI**

Nr Księgi Głównej \_\_\_\_\_ Nr Księgi Oddz. \_\_\_\_\_ Kolejny Nr operacji \_\_\_\_\_

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

Rozpoznanie przedoperacyjne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy uzyskano zgodę na operację \_\_\_\_\_

Przybył (a) dnia \_\_\_\_\_ Operowany (a) dnia \_\_\_\_\_ na sali \_\_\_\_\_

Znieczulenia dokonane	Rodzaj znieczulenia	Ilość	Czas trwania narkozy od - do	Czas trwania operacji od - do

Operujący \_\_\_\_\_ Asystenci \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Instrumentariuszka \_\_\_\_\_

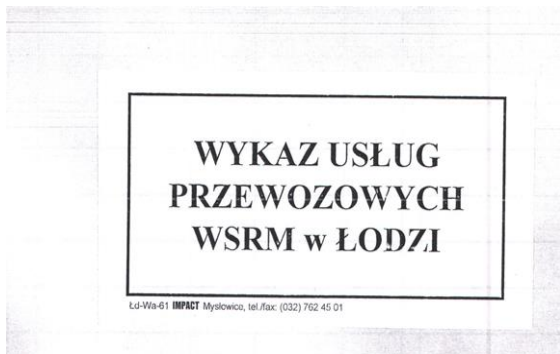
Łódź, dn. ....

Zaświadczenie o podaniu  
Anatoksyny teżcowej

Nazwisko i imię .....

Rok urodzenia .....

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

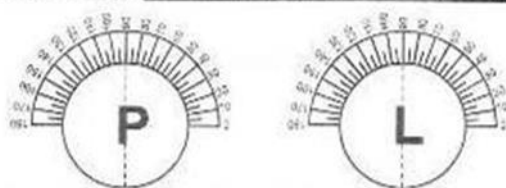






Nr REKON .....

Nazwisko i imię chorego .....



	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP				Odl. źrenic. .... mm
	OL				
Do blizy	OP				Odl. źrenic. .... mm
	OL				

Szklka ..... Oprawa .....

Recepta na okulary .....

Pieczętka Wydziału Zdrowia  
zatwierdzająca receptę

Pieczętka z adresami sklepów

#### MIEJSCE DO WYCENY

Oprawa ..... zł ..... gr .....

Cena oprawy odliczona  
od droższej oprawy ..... zł ..... gr .....

Prawe szkło ..... zł ..... gr .....

Lewe szkło ..... zł ..... gr .....

Futerał ..... zł ..... gr .....

Suma ..... zł ..... gr .....

Usługa ..... zł ..... gr .....


Razem ..... zł ..... gr .....



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
I	6	7	8	9	10
II	11	12	13	14	15
III	16	17	18	19	20
IV	21	22	23	24	25
V	26	27	28	29	30
VI	31				
VII	NS	PN	GN	DW/CD	CU
VIII	NU	NN	CH		
IX	w niedziele i święta				
X	w porze nocnej				
XI	w godz. nadliczbowych				
XII	w dodatkowe dni wolne od pracy				
XIII	w czasie dyżurów				
XIV	w czasie urlopów				
XV	nieobecności usprawied.				
XVI	nieobecności nieusprawied.				
XVII	choroby				
XVIII	Razem				

	Formularz	WSRM-7-04-00-01
	Lista obecności Zespół Wyjazdowy	08.02.2012 Strona 1 z 1

ZESPÓŁ WYJAZDOWY ..... w dniu .....

Stanowisko	Godziny pracy	Nazwisko	Podpis	Uwagi
Lekarz				
Pielęgniarka / Pielęgniarz				
Ratownik med. / Sanitariusz				
Kierowca				

 <small>WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁÓDZIU</small>	<b>Formularz</b>	<b>WSRM-7-05-00-02 (ver. 1) 31.05.2011 Strona 1 z 1</b>
	<b>Receptariusz</b>	

<b>Identyfikator zespołu</b>	<b>nazwisko i imię rat. med./piel.</b>
<b>nr KZW</b>	<b>data</b>

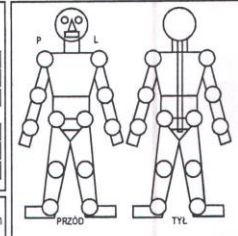
<b>Lp.</b>	<b>Nazwa leku/środka medycznego</b>	<b>Ilość</b>

<b>Pieczętka i podpis osoby wystawiającej</b>
---

## KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi, kod res. I - 00000005303, Regon 473066188 Zakład Opieki Ambulatoryjnej i Wyjazdowej, 90-302 Łódź, ul. Śniadełkowska 137/141 Ratownictwo Medyczne Województwa Łódzkiego (kod res. V - 16)	Kod ZRM realizującego zlecenie	Nr zlecenia wyjazdu
--	--------------------------------	---------------------

<b>I - WYWIAD</b>	<b>MIEJSCE ZDARZENIA</b>
	w domu ..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym .... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczno-drog. .... <input type="checkbox"/> w pracy <input type="checkbox"/> w szkole <input type="checkbox"/> w rolnictwie ..... <input type="checkbox"/>

<b>II - BADANIE</b>	<b>GLASGOW-COMA-SCALE</b>	<b>RTS</b>	<b>UKŁAD ODDECHOWY</b>
OTWIERANIE OCZU spontaniczne ..... 4 na głos ..... 3 na ból ..... 2 brak ..... 1 <b>REAKCJA SŁOWNA</b> zorientowany ..... 5 splełany ..... 4 niewłaściwe słowa ..... 3 niezrozumiałe dźwięki ..... 2 brak ..... 1 <b>REAKCJA RUCHOWA</b> wykonanie polecenia ..... 6 lokalizacja bólu ..... 5 ucieczka od bólu ..... 4 zgłębiona ..... 3 wyprostna ..... 2 brak ..... 1 <b>SUMA</b> .....	CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW 10-29 ..... 4 >29 ..... 3 6-9 ..... 2 1-6 ..... 1 Brak ..... 0 <b>CISNIENIE SKURCZOWE</b> >89 ..... 4 76-89 ..... 3 50-75 ..... 2 1-49 ..... 1 0 ..... 0 <b>SOS</b> 13-15 ..... 4 9-12 ..... 3 6-8 ..... 2 4-5 ..... 1 3 ..... 0 <b>SUMA</b> .....	częstota ..... /min duszność ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sinica ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bezdech ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szmer prawidł. .... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> furczenie ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rzębanie ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inne ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saturaacja ..... %	<b>ŻRENICZE</b> Reakcja na światło: prawidłowa ..... L P powolna ..... L P brak ..... L P szerokość: ..... L P normalna ..... L P wąska ..... L P szeroka ..... L P <b>CISNIENIE TĘTNICZE</b> mm Hg /min niemiary <b>TĘTNO</b> miarowe /min niemiary
			
brak obrażeń <input type="checkbox"/> O Złamanie otwarte <input type="checkbox"/> Z Złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwłknięcie <input type="checkbox"/> S Śluzczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Kwolok z rany <input type="checkbox"/> M Zmiażdżenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból nieurazowy <input type="checkbox"/> P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia ..... % stopnia ..... % oparzenie wziewne <input type="checkbox"/>			
Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego penetrująca rany głowy i twarzy lub urazy typu z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia nosogłębokość zniszczenia kończyn			

<b>OBLAWY</b>	<b>SKÓRA</b>	<b>JAMA BRZUSZNA</b>	<b>TONY SERCA</b>	<b>EKG</b>	<b>OPIS</b>
wstrząs ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NZK ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obj. oponowe ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> drgawki ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> afazja ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wymioty ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> biegunka ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krwawienie ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> obrzęki ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zasłabnięcia ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INNE ciężła ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> portob. .... <input type="checkbox"/> chor. zakaźna ..... <input type="checkbox"/>	Wygląd: ..... normalna ..... <input type="checkbox"/> biała ..... <input type="checkbox"/> rumień ..... <input type="checkbox"/> zabłocenie ..... <input type="checkbox"/> sinica obw. .... <input type="checkbox"/> sinica centr. .... <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie ..... <input type="checkbox"/> wilgotna ..... <input type="checkbox"/> sucha ..... <input type="checkbox"/> Temperatura: w normie ..... <input type="checkbox"/> chłodna ..... <input type="checkbox"/> ciepła ..... <input type="checkbox"/>	w normie ..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna ..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki ..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe ..... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. w normie ..... <input type="checkbox"/> spowolnialy ..... <input type="checkbox"/> pobudzony ..... <input type="checkbox"/> agresywny ..... <input type="checkbox"/>	czystość ..... <input type="checkbox"/> słabiona ..... <input type="checkbox"/> inne: ..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna ..... L P kończyna dolna ..... L P ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org. .... <input type="checkbox"/> alkohol ..... <input type="checkbox"/> inne: ..... <input type="checkbox"/> POZIOM mg% ..... gl .....	Rytm zatokowy ..... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa ..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa ..... <input type="checkbox"/> Migotanie / trzepotanie przedsionków ..... <input type="checkbox"/> AV blok ..... <input type="checkbox"/> sVES ..... <input type="checkbox"/> VES ..... <input type="checkbox"/> VF/VT ..... <input type="checkbox"/> Asystolia ..... <input type="checkbox"/> PEA ..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik ..... <input type="checkbox"/> OZW ..... <input type="checkbox"/> Zawal ..... <input type="checkbox"/> Inne: ..... <input type="checkbox"/>	

<b>III - ROZPOZNANIE</b>	KOD ICD10 ..... KOD ICD10 ..... KOD ICD10 .....
--------------------------	---

<b>IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM</b>	<b>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED.(nazwa, dawka, droga podania)</b>
<b>CZYNNOŚCI</b> odsysanie ..... <input type="checkbox"/> defibrylacja ..... <input type="checkbox"/> koinierz ..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw. .... <input type="checkbox"/> went. workiem ..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew. .... <input type="checkbox"/> deska ortoped. .... <input type="checkbox"/> linia żył. cent. .... <input type="checkbox"/> rurka UG ..... <input type="checkbox"/> kardiomersja ..... <input type="checkbox"/> materac próż. .... <input type="checkbox"/> cewnikowanie ..... <input type="checkbox"/> intubacja ..... <input type="checkbox"/> masaż serca ..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie ..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd. .... <input type="checkbox"/> respirator ..... <input type="checkbox"/> EKG ..... <input type="checkbox"/> opatrunek ..... <input type="checkbox"/> monitorowanie ..... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna ..... <input type="checkbox"/> teletransmisja ..... <input type="checkbox"/> inne ..... <input type="checkbox"/>	
<b>ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPÓŁU</b>	

<b>V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA</b>	<b>DANE PACJENTA</b>	<b>Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej</b>
Imię: ..... Nazwisko: ..... Adres zamieszkania: ..... ul: ..... nr: ..... m: ..... Rodz. i nr. dok. tożsamości: ..... data udzielenia pomocy .....	Identyfikator NFZ Data urodzenia/wiek ..... NUMER PESEL pacjenta: ..... Podpis i pieczęć kierownika ZRM: ..... km .....	<input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczęć lekarza Przekazanie pacjenta w IP/SOR/innym: Data ..... godz. .... min. .... Świadczenie zgonu/odstąpienie od med. czynności rat. Data ..... godz. .... min. ....


## Dowód wypłaty

dzień _____ dnia _____ 200__ r.		KW	Nr _____
Komu		Ma Kasa	Wzrost Konta
za	do	zł	gr
<b>RAZEM</b>			
Słownie zł _____		gr _____	
Wystawil	Sprawdził	Zatwierdził	Rap. kasowy
			nr _____
			poz _____
		kwotę powyższą	
		wypłaciłem	otrzymałem

K.M.P.A. Spółka z o.o. ul. ...





	<b>Formularz</b>	<b>WSRM -7-05-00-03</b> <b>(ver. 2)</b> <b>31.05.2011</b> <b>Strona 1 z 1</b>
	<b>Karta informacyjna</b>	

dot. KZW/KP\* nr ..... z dnia .....  
**identyfikator zespołu** (w przypadku wystawienia przez ZRM) .....

Pani/Pan\* ..... PESEL / lat\* .....

Miejsce udzielenia pomocy / interwencji\* .....

Postępowanie .....

Rozpoznanie .....

Zalecenia .....

Kartę informacyjną przekazano .....

.....  
 Godzina i data wystawienia

.....  
 Pieczęć i podpis osoby wystawiającej

\* wybrać właściwe



Pu-Op-232 IMPACT Myślowice, tel./fax: (032) 762 45 01

pieczęćka instytucji					<b>POTWIERDZENIE POBYTU SŁUŻBOWEGO*</b> (podać daty przybycia i wyjazdu oraz liczbę noclegów bezpłatnych lub tanszych niż ryczałt). Adnotacje te zaopatrzyć pieczęcią i podpisem																				
<b>POLECENIE WYJAZDU SŁUŻBOWEGO</b> Nr <input type="text"/>																									
na wezwanie - zaproszenie*) nr ..... z dnia .....																									
dla ..... imię i nazwisko																									
..... stanowisko służbowe, nr leg.																									
do .....																									
na czas od ..... do .....																									
w celu .....																									
.....																									
.....																									
<b>środki lokomocji</b>																									
.....																									
.....																									
.....																									
..... data ..... podpis zlec. wyjazd																									
Proszę o wypłacenie zaliczki w kwocie zł ..... słownie zł .....																									
na pokrycie wydatków zgodnie z poleceniem wyjazdu służbowego nr .....																									
..... podpis delegowanego																									
Zatwierdzono na zł ..... słownie zł .....																									
do wypłaty z sum .....																									
<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Część</th><th rowspan="2">Dział</th><th rowspan="2">Rozdz.</th><th rowspan="2">§</th><th rowspan="2">Poz.</th><th colspan="2">Konto</th><th rowspan="2">Nr dowodu</th></tr><tr><th>Wn</th><th>Ma</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>					Część	Dział	Rozdz.	§	Poz.	Konto		Nr dowodu	Wn	Ma									..... data ..... podpisy zatwierdzających		
Część	Dział	Rozdz.	§	Poz.						Konto			Nr dowodu												
					Wn	Ma																			

RACHUNEK KOSZTÓW PODRÓŻY

Wymienić środki lokomocji, klasę, rodzaj biletu (szczególny, ulgowy, normalny). Przy podróżach pieszych, furmanką oraz przy użyciu własnych środków lokomocji (rower, samochód, motocykl) podać również ilość km i stawkę za 1 km<sup>2</sup>.

WYJAZD			PRZYJAZD			Środki lokomocji <sup>1)</sup>	Koszty przejazdu zł
miejscowość	data	godz.	miejscowość	data	godz.		

R-k sprawdzono pod względem merytorycznym oraz sfałszowanej wykonalności polecenia służbowego	pod względem formalnym i rachunkowym
data ..... podpis .....	data ..... podpis .....
Zatwierdzono na zł .....	zł .....
do wypłaty z sum .....	zł .....
data ..... Część .....	Dział ..... Rozdz. .... § .... Poz. ....
data .....	.....
..... podpisy zatwierdzających	..... Załączam      Pobr. zaliczkę dowodów      do wypłaty - - zwrotu
Kwituję odbiór zł .....	zł .....
data ..... podpis .....	data ..... podpis .....

Ryczałty za dojazdy
Razem przejazdy, dojazdy
Diety
Noclegi wg rachunków
Noclegi - ryczałt
Inne wydatki wg załączników
Ogółem

Zaliczkę w kwocie zł ..... zł .....

otrzymałem i zobowiązuję się rozliczyć z niej w terminie 7 dni po zakończeniu podróży upoważniając równocześnie zakład pracy do potrącenia kwoty nie rozliczonej zaliczki z najbliższej wypłaty wynagrodzenia.

.....  
imię i nazwisko delegowanego

.....  
data i podpis delegowanego

## Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	<b>Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu</b>	Karta dotyczy osoby zmarłej** <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 95%;">dziecka do roku</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>innej osoby</td> </tr> </table>	1	dziecka do roku	2	innej osoby																
1	dziecka do roku																					
2	innej osoby																					
1. Nazwisko osoby zmarłej																						
2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej																						
3. Imię (imiona) osoby zmarłej	4. Nr PESEL osoby zmarłej																					
5. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zmarłej***																						
6. Data i godzina zgonu**** rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> godz. <input type="text"/> <input type="text"/> min. <input type="text"/> <input type="text"/>																						
albo data i godzina znalezienia zwłok**** rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> godz. <input type="text"/> <input type="text"/> min. <input type="text"/> <input type="text"/>																						
7. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień <input type="text"/> <input type="text"/> m-c <input type="text"/> <input type="text"/> godz. <input type="text"/> <input type="text"/> min. <input type="text"/> <input type="text"/>																						
<i>w poz. 7 godz. i min. oraz poz. 10-15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku</i>																						
8. Płeć osoby zmarłej**	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 95%;">mężczyzna</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>kobieta</td> </tr> </table>	1	mężczyzna	2	kobieta	10. Dziecko pochodziło z porodu**																
1	mężczyzna																					
2	kobieta																					
9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 95%;">szpital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>dom</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>inne</td> </tr> </table>	1	szpital	2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital	3	dom	4	inne	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 95%;">pojedynczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>bliźniaczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>trojaczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>czworaczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>pięcioraczego</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>sześcioraczego i więcej</td> </tr> </table>	1	pojedynczego	2	bliźniaczego	3	trojaczego	4	czworaczego	5	pięcioraczego	6	sześcioraczego i więcej
1	szpital																					
2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital																					
3	dom																					
4	inne																					
1	pojedynczego																					
2	bliźniaczego																					
3	trojaczego																					
4	czworaczego																					
5	pięcioraczego																					
6	sześcioraczego i więcej																					
11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****	<input type="text"/>																					
12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach***	<input type="text"/>																					
13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****	<input type="text"/>																					
14. Okres trwania ciąży w tygodniach****	<input type="text"/>																					
15. Punkty w skali Apgar****	<input type="text"/>																					
16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej	<input type="text"/>																					
17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)	<input type="text"/>																					
18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu ) przyczyna zgonu bezpośrednia - opis słowny wraz z kodem ICD-10																						
<input type="text"/>		w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)																				

2) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia - opis słowny wraz z kodem ICD-10

..... ..... .....	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) ..... .....
-------------------------	---

3) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia - opis słowny wraz z kodem ICD-10

..... ..... .....	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny) ..... .....
-------------------------	---

4. inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

..... ..... .....
-------------------------

18a. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych\*\*

1	tak
2	nie

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

..... ..... .....
-------------------------

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem?\*\*\*

1	tak
2	nie

18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?\*\*\*

1	tak
2	nie

.....  
imię (imiona) i nazwisko osoby sporządzającej kartę zgonu oraz jej podpis

rok [ ][ ][ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ]

Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu<sup>1)</sup>

..... ..... .....
-------------------------

Nazwa urzędu stanu cywilnego

19. Wykształcenie osoby zmarłej\*\*

1	wyższe	5	gimnazjalne
2	policealne	6	podstawowe
3	średnie	7	niepełne podstawowe
4	zasadnicze zawodowe	8	nieustalone

20. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej

nazwa	województwa
	gminy
	miejsowości

20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy

Oznaczenie aktu zgonu

rok [ ][ ][ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ]

.....  
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

<sup>1)</sup>Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.

**Część przeznaczona  
dla administracji cmentarza<sup>2)</sup>**

1. Nazwisko osoby zmarłej

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Data zgonu\*\*\*\* rok    dzień    m-c

5. Miejsce zgonu (miejscowość)

6. Data urodzenia osoby zmarłej\*\*\*\* rok    dzień    m-c

7. Miejsce urodzenia osoby zmarłej

8. Imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej

9. Stan cywilny osoby zmarłej**			
1 kawaler	2 panna		
3 żonaty	4 zamężna		
5 rozwiedziony	6 rozwiedziona		
7 wdowiec	8 wdowa		

10. Czy zgon nastąpił w wyniku choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych?\*\*\*

1 tak  
2 nie

11. Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu\*\*

a. Zgon został zarejestrowany<sup>3)</sup>

b. Zgon został zgłoszony

.....  
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego/osoby sporządzającej kartę zgonu\*\*

rok    dzień    m-c

- \* Jeżeli dotyczy.
- \*\* Właściwe zaznaczyć.
- \*\*\* W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość.
- \*\*\*\* Wpisać cyframi arabskimi.

<sup>2)</sup> W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1-5 oraz 9-11. Rubryki 6-8 wypełnia osoba sporządzająca kartę zgonu.

<sup>3)</sup> W przypadku zarejestrowania zgonu podaje się oznaczenie aktu zgonu i datę sporządzenia tego aktu.



Karta wynagrodzeń

Strona 1 z 1

Nazwa umowy		PCC		MIP		PDBES	
Wzrost	Ciężar ciała	Ciepota	Ciężkość	Zawieszanie		Klasyfikacja	Klasyfikacja
				Grupa	Staw		
1	dot. pracy						
2	dot. odpoczynku						
3	dot. chorób zawodowych						
4	godz. nocnych						
5	godz. SN						
6	godz. DN						
7	godz. nocnych						
8	godz. skrajnych						
9	Rozm. godz.						
10	plac. mieszkalny						
11	godz. nadliczbowe						
12							
13							
14	pieniężny						
15							
16	dot. skrajnych						
17	dot. nocnych						
18	dot. SN						
19	dot. DN						
20	dot. skrajnych						
21							
22	dot. skrajnych						
23							
24	Dot. brutto						
25							
26							
27	ZBIŁIŻKA WYPOSAŻENIA						
28	NFZ						
29	NFZ						
30	UW						
31							
32	Dot. SN						
33	Dot. DN						
34	Dot. skrajnych						
35	Dot. skrajnych						
36	Dot. skrajnych						
37	Rozm. pomogła						
38	Dot. skrajnych						
39	Dot. skrajnych						
40	Dot. skrajnych						
41							
42	Dot. wypłaty						





m.p.

dn.

## Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ data ur. \_\_\_\_\_

nazwa i nr dowodu tożsamości <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

zamieszkały(a) \_\_\_\_\_

rozpoznanie <sup>2)</sup> \_\_\_\_\_

cel wydania zaświadczenia \_\_\_\_\_

### Uwaga:

1) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

2) W zaświadczeniu nie należy umieszczać rozpoznania choroby, jeżeli z uwagi na cel wydania zaświadczenia nie jest konieczne, bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej.

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis lekarza

**KSIĄŻKA  
GABINETU  
ZABIEGOWEGO  
INTERNA**



100

# KSIĄŻKA BADAŃ RTG

Łd-Wa-53 **IMPACT** Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

RAPORT RTG ..... z dnia ..... 20 ..... r.

Nr kolejny wpisu	Nazwisko i imię chorego	PESEL	Rodzaj badania	Liczba ekspozycji

Nr karty pacjenta	Nazwa i adres jednostki kierującej, NIP	Nr umowy z NFZ	Nazwisko i imię lek. kierującego	Forma zapisu

**KARTA CHOROBY  
PORADNI STOMATOLOGICZNEJ**

(pieczęć poradni)

Nr karty .....  
 Data zarejestr. ....  
 Nr dokumentu upraw.  
 do świadczeń .....

Nazwisko ..... Imię ..... Pięć M Z .....

Data urodzenia ..... Adres .....

Miejsce pracy ..... Zawód wykonywany .....

ubezpieczony \*)    
  nie ubezpieczony \*)    
 Symbol grupy produkcji i usługi

Stan jamy ustnej

Informacje uzupełniające:

Błona śluzowa ..... Dotyczy stanu szkliva, zaburzeń ortodont. i inne

Migdałki .....

Higiena .....

Liczba wstępne		Liczba zębów	
Data, podpis		mlecznych	
		Liczba zębów	
		stałych	

Data	Ząb	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia i skierowania do poradni specjalistycznych, niezdolność do pracy *)	Podpis lekarza
1	2	3	4	5

**Wkładka do karty choroby poradni stomatologicznej**

Data	Zab	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia i skierowania do poradni specjalistycznych, niezdolność do pracy *)	Podpis lekarza
1	2	3	4	5

Mz/91-14 IMPULS Myszków, tel./fax: (032) 752 45 01

**Wkładka do karty choroby poradni stomatologicznej**

Data	Zab	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia i skierowania do poradni specjalistycznych, niezdolność do pracy *)	Podpis lekarza
1	2	3	4	5



FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA ZAKAŻENIA  
LUB CHOROBY ZAKAŻNEJ

Pieczęćka podmiotu wykonującego działalność leczniczą:	<b>ZLK-1</b> Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* zakażenia lub choroby zakaźnej <sup>1)</sup>	Adresat: <b>Państwowy Powiatowy          Inspektor Sanitarny          w Łodzi</b>
Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu <sup>2)</sup> Część I. Numer księgi rejestrowej <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">0 0 0 0 0 0 0 0 5 3 0 3</div> Część II. TERYT siedziby <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">1 0 6 1 0 2 9</div> Część III. Podmiot tworzący <sup>3)</sup> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">3 1</div> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></div>	Uwagi: <sup>1)</sup> Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, chłamydiozy przenoszone drogą płciową - zgłaszanych na innych formularzach. <sup>2)</sup> Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). <sup>3)</sup> Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. *Niepotrzebne skreślić.	
<b>I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*</b>		
1. Kod ICD-10 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></div>	2. Określenie słowne <hr style="width: 100%;"/>	3. Data (dd/mm/rr) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>
4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć)		
<input type="checkbox"/> badania mikrobiologiczno-serologiczne	<input type="checkbox"/> objawy kliniczne	<input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie)
<input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne	<input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)	
*Niepotrzebne skreślić		
<b>II. DANE CHOREGO</b>		
1. Nazwisko <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 400px; height: 15px;"></div>		
2. Imię <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 15px;"></div>	3. Data urodzenia (dd/mm/rrr) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>	4. Nr PESEL <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></div>
5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></div>	6. Płeć (M, K) <input type="checkbox"/>	
Adres miejsca zamieszkania:		
7. Kod pocztowy <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 15px;"></div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 15px;"></div>	8. Miejscowość <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 15px;"></div>	
9. Gmina <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 15px;"></div>		
10. Ulica <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 300px; height: 15px;"></div>	11. Nr domu <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></div>	12. Nr lokalu <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></div>
** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.		

III. INNE INFORMACJE

1. Data zachorowania/wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rrrr)

/   /

2. Szczepienia\*

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać liczbę dawek i datę ostatniego szczepienia .....

3. Nazwa i adres miejsca pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła) .....

4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym

Tak

Nie

5. Skierowano do szpitala

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać adres i nazwę szpitala .....

6. Zakażenie szpitalne

Tak

Nie

7. Pobyt za granicą w okresie narażenia

Tak

Nie

Jeżeli tak, podać kraj(e) pobytu i datę przyjazdu/powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej .....

\*Dotyczy chorób, którym można zapobiegać drogą szczepień.

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA/FELCZERA/KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka imienna ..... 2. Telefon kontaktowy: ..... 3. Podpis .....

telefon kontaktowy do pacjenta lub jego opiekuna .....

czy podano anatoksynę p-tężcową? TAK  NIE

zwierzę: PIES  KOT  inne (podać jakie?) .....

znane  nieznane  dzikie

obszar na którym doszło do narażenia (pokąsania) .....

adres, miejscowość, dzielnica

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

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						
____ - ____ - ____ <small>dzień - miesiąc - rok</small>			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 <sup>6)</sup> )											
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 <sup>2)</sup>						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: <sup>9</sup>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>9</sup>
<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>9</sup>	
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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul>	
<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: <sup>9</sup>	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
17. W bieżącym roku dokonuje wyboru: <sup>9</sup>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>9</sup>
<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>9</sup>	
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"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)
..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)	

Imię i nazwisko członka (imię i nazwisko członka) (imię i nazwisko)

adres

Do PKZP w

WNIOSEK O UDZIELENIE POŻYCZKI uzupełniająca ratowej - krótkoterminowej

Proszę o udzielenie mi pożyczki w kwocie zł (słownie złotych)

spłacać - w miesięcznych ratach - przy najbliższym wypłacie - przez potrącenie z wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego \*) wypłacanego mi przez Zakład Pracy, począwszy

od miesiąca

W przypadku skrócenia mnie z listy członków PKZP, wyrażam zgodę na pokrycie z moich wkładów i przyspła - acaga mi wynagrodzenia za pracę oraz zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego całego zadłużenia wykazanego księgami Kasy oraz upoważniam Kasę do bezpośredniego podjęcia u każdego naszego pracodawcy kwoty równej temu zadłużeniu. Gwarantuję, że mój średni miesięczny zarobek w ostatnich trzech miesiącach

wywnosił zł

Proponuję jako poręczycieli:

- 1. Pana/Panią \*) z im.
2. Pana/Panią \*) z im.

dnia (Własnoręczny podpis)

W razie niuregulowania we własnym terminie pożyczki zaciągniętej przez w/w wnioskodawcę wyrażamy zgodę, jako solidarnie współzobowiązani, na pokrycie należnej Kasie kwoty z naszych wkładów i wynagrodzeń za pracę i upoważniamy Kasę do bezpośredniego podjęcia w takim przypadku, u każdego naszego pracodawcy, kwoty równej temu zadłużeniu.

Świadczyłem własnoręcznie podpisał poręczycieli wymienionych w pod 1 i 2

\*) Zbędne skreślić

WZKŁADOWY KASZUBSKIEGO ZWIĄZKU WYKONAWCZYCH PRACOWNIKÓW WYKONAWCZYCH PRACOWNIKÓW WYKONAWCZYCH PRACOWNIKÓW

ZASWIADCZENIE

Niniejszym stwierdzam, że:
wnioskodawca \*)
1. poręczyciel \*)
2. poręczyciel \*)
Data Decyzji Zarządu Pracowniczej Kasy Zapomogowo Pożyczkowej

Na podstawie ksiąg PKZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:
wkłady zł
miesięczne zobowiąz. zł
Data (Kasowy PK)


przyczyniono wnioskodawcy pożyczkę
w kwocie zł
płaconą w
dnia

Podpis Zarządu PKZP
Pożyczkę zł
w gotówce

otrzymałem/am) dn.
Podpis otrzymującego
Zaksięgowano dn.
Dow.
Podpis kasowego

Załączono Uw. Nr.
Podpis wypłacającego
Cochy dowodu otrzymaniu pożyczki

\* typowy odpowiednik...
pełnoprawnym członkiem w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do stowarzyszenia

	Formularz	<b>WSRM-7-05-11-01</b> (ver.3) 29.04.2014 Strona 1 z 1
	<b>Wniosek o wydanie zapisu badania RTG</b>	

Łódź, dnia .....

Nazwisko i imię .....  
 Adres .....  
 PESEL .....  
 Telefon .....

Pracownia RTG  
 Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego  
 w Łodzi

### Wniosek o wydanie zapisu badania RTG

- 1) Proszę o wydanie zapisu obrazu badania RTG utrwalonego na płycie CD

Badanie RTG wykonano w dniu .....

.....  
 (data i podpis pacjenta)

- 2) Pobrano opłatę w wysokości .....

.....  
 (data i podpis pracownika Rejestracji)

- 3) Otrzymałem/am płytę CD z zapisem badania RTG

Ed-Wie-68-3 WSRM Łódź, tel./fax: (32) 752 94 23

.....  
 (data i podpis pacjenta  
 lub osoby upoważnionej przez pacjenta)







## Karta urlopową

.....  
mp. jednostki organizacyjnej

Nr .....

Pan(i) .....

korzysta z urlopu .....

określić rodzaj urlopu

od dnia ..... do dnia ..... włącznie.

.....  
miejsce i data

.....  
pieczęć i podpis  
pracodawcy lub upoważnionego pracownika

OKŁADKA

**DZIENNIK  
KORRESPONDENCYJNY**







(pieczęć komórki organizacyjnej)	<b>Karta udostępnienia akt nr ..... **)</b>	
	**)	**)
Data ..... 20 ..... r.	Termin zwrotu akt	

Proszę o udostępnienie\*) - wypożyczenie\*) akt powstałych w komórce organizacyjnej .....  
 ..... z lat .....  
 o znakach .....  
 i upoważniam do ich wykorzystania\*) - odbioru\*)  
 Paną/Panią: .....  
 (imię i nazwisko)

.....  
 (Podpis)

Zezwalam na udostępnienie\*) - wypożyczenie\*) wymienionych wyżej akt.  
 .....  
 (Data i podpis)

\*Niepotrzebne skreślić      \*\*) Wypełnia archiwum zakładowe

Potwierdzam odbiór wymienionych na odwrotnej stronie  
 akt-tomów ..... kart .....

Data: ..... 20 ..... r.      Podpis .....

**Adnotacje o zwrocie akt:**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

..... (podpis oddającego)	Akta zwrócono do archiwum dnia ..... / ..... 20 ..... r.	..... (podpis odbierającego)
------------------------------	---	---------------------------------





Wszystkie rubryki wypełnia prowadzący pojazd (kierowca)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Data (dzień, miesiąc)	Numerzy zleceń	Nazwisko osoby prowadzącej pojazd (Ratownik-kierowca)	Nazwisko Ratownika med. zespołu (lub dysponenta pojazdu)	Podpis kierującego pojazdem powierzonej sprawności działający sprawność techniczną pojazdu	Podpis dysponenta zlecającego wyjazd	Stan licznika przed rozpoczęciem pracy pojazdu (pocz. dyzurn)	Stan licznika po zakończeniu pracy pojazdu (koniec dyzurn)	Przebieg km ogółem (8-7)	Godz. rozpoczęcia pracy (dyzurn)	Godz. zakończenia pracy (dyzurn)	Czas pracy kierowcy i pojazdu

RAZEM



DOWÓD WPLĄTY			
..... dnia ..... 200 ..... r.		KP	Nr
Od kogo:	Winien Kasa	Ma Konto	
za co	zł	gr	numer
Słownie zł .....	<b>RAZEM</b>		Symbole Pl.Kas. Nr
..... gr .....			
Wystawił	Sprawdził	Zatwierdził	Rap. kasowy
			nr .....
			poz. ....
			Kwotę powyższą otrzymałem
			..... podpis kasjera

Data	Czas pracy		nuzem godz.	w tym			godz. nocne	godz. zakatn	II zmiana	nr rej. samoch.	paliwo	
	od	do		norm.	50%	100%					oszcz.	przep.
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												
<b>RAZEM</b>												

WSRM w Łodzi		
.....		(miesiąc)
Pan/i .....		
<b>OBLICZENIE WYNAGRODZENIA</b>		
premia %	a zł	suma
godz. norm.	a zł	suma
godz. 50%	a zł	suma
godz. 100%	a zł	suma
godz. noc.	a zł	suma
godz. zak.	a zł	suma
II zmiana	a zł	suma
staz WSRM	a zł	suma
staz p. WSRM	a zł	suma
oszcz. paliwa	a zł	suma
	a zł	suma
urlop	a zł	suma
	a zł	suma
	a zł	suma
<b>Razem zarob. brutto</b>		suma
<b>ROZLICZENIE WARUNKÓW PRACY</b>		
.....		.....
(obliczył)		(sprawdził)
<b>WYNIK PRACY</b>		
.....		.....
(obliczył)		(sprawdził)
<b>UWAGI</b>		
.....		
<b>KARTA PRACY KIEROWCY</b>		
.....		

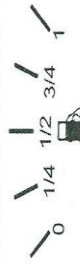


# Formularz

WSRM-6-03-00-03  
08.04.2016 Wersja: 2

## ZLECENIE NAPRAWY NR

Grupa .....



Data .....

Marka .....

Nr. rejestr. ....

Nr. Inwent. ....

Przyjęcie samochodu przez SO

## ZLECENIODAWCA

Zakres naprawy wg zleceniodawcy :

Naprawę wykonano zgodnie ze zleceniem.  
Potwierdzam zamontowanie pobranych części i materiałów

Data zakończenia .....

Godz. ....

Dodatkowe naprawy po weryfikacji SO lub SKP :

Podpis zleceniodawcy .....

Godz. ....

Odbiór samochodu i potw. wyk. naprawy

Data .....

Godz. ....

Podpis .....

Odbiór samochodu przez Dział Transportu

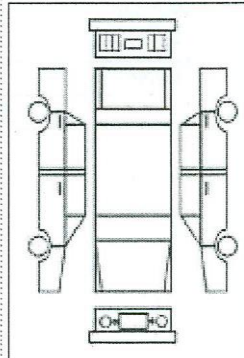
Data .....

Godz. ....

Podpis .....

## STAN POJAZDU PRZYJIMOWANEGO DO NAPRAWY

Uszkodzenia :



Czystość :

Pobrane części i materiały

Brygadzysta

Rw

Zw

Data

Wykonawca

Ilość Rbg

Razem rbg.

Podpis brygadzysty lub diagnosty .....

## ROZLICZENIE NAPRAWY

### I. Robocizna

Ilość rbg	Wartość 1 rbg brutto	Wartość brutto	VAT	Wartość netto

### II. Materiały

Nr. RW / ZW	Wartość brutto	VAT	Wartość netto sprzedaży / zakupu
<i>Razem:</i>			

### III. Wartość naprawy ogółem

<i>Robocizna</i>			
<i>Materiały</i>			
<b>Ogółem:</b>			

Nr. KP.....  
Nr.f-ry.....

Sporządził  
data i podpis

Zatwierdził  
data i podpis



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

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



### OŚWIADCZENIE

#### 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

Uwaga: Oświadczenie nie potwierdza prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku osoby, która jest ubezpieczona w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)<sup>1)</sup>

<b>I. Składający oświadczenie</b>			
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 <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca <sup>5)</sup>	
	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 <sup>6)</sup>			
<b>II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie</b>			
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 <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca <sup>5)</sup>	
	seria i numer		
<b>III. Treść oświadczenia</b>			
..... (imię i nazwisko osoby, której dotyczy składane oświadczenie) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.			
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 <sup>7)</sup>	
		od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)	
<b>IV. Podstawa prawna 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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):</b>			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a tej ustawy <sup>9)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b tej ustawy <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy <sup>11)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy <sup>12)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy <sup>13)</sup>			

<b>V. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie</b>		
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanymi mi dokumentami.		
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną <sup>14)</sup> ( <i>nadruk albo pieczętka</i> );	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie <sup>15)</sup>	3. Data (rrrr/mm/dd)

\* Właściwe zaznaczyć.



## OŚWIADCZENIE o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem ręcznym, maszynowym lub komputerowym*

**Uwaga: Oświadczenie nie potwierdza prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku osoby, która jest ubezpieczona w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)<sup>1)</sup>**

<b>I. Składający oświadczenie</b>			
1. Imię i nazwisko			
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu
		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 <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca <sup>5)</sup>	
	seria i numer		
<b>II. Treść oświadczenia</b>			
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 <sup>6)</sup>	
		od                      do (rrrr/mm/dd)   (rrrr/mm/dd)	
<b>III. Podstawa prawna 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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):</b>			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy <sup>9)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy <sup>10)</sup>			
<b>IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie</b>			
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.			
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącego świadczeniodawcą osobę uprawnioną <sup>11)</sup> (nadruk albo pieczętka):	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie <sup>12)</sup>	3. Data (rrrr/mm/dd)	

\* Właściwie zaznaczyć.