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

2

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) Wtłoczenie korzenia zęba do zatoki szczękowej;
- 7) Odłamanie wyrostka zębodołowego szczęki lub żuchwy;
- 8) Odłamanie guza szczęki;
- 9) Złamanie żuchwy;
- 10) Zwknięcie 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 miążgi:**

- 1) Ból po dewitalizacji;
- 2) Możliwość wystąpienia martwicy brodawki dziąseł;
- 3) 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 ozębnej okolowierzchołkowej;
- 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) Odczyn 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) Krwiak 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, PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ I POŁOŻNEJ 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 świadczeniobiorca 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>3)</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>10)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>11)</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		
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>10)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>11)</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 PIEŁĘGNIARKI 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 dokonuje wyboru:<sup>9)</sup>

po raz pierwszy       po raz drugi<sup>9)</sup>       po raz kolejny<sup>9)</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 dokonuje wyboru:<sup>9)</sup>

po raz pierwszy       po raz drugi<sup>9)</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 w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami.
- <sup>2)</sup> Jeżeli świadczeniobiorca 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 wnoszącej 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. zmianę 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.











1 2		3	Symbol cyfr. dowodu	4 Dowód dostawy		5	Nr zamów.	6		Nr białący
W Magazyn Wyda				Nr		Data		Data		
		7 Odbiorca					8 Przeznaczenie			
Lp.	Nazwa artykułu materiału			KTM - symbol indeksu		J.m.	Ilość	Cena	Wartość	
9	10			11		12	13	14	15	
16 Zatwierdził		17 Zdał		18 Przyjął		19 Uwagi kontroli przyjęcia		20 Zaksięgowano w kartotece magaz.		
data                      podpis		data                      podpis		data                      podpis						

Pu/Gm-127  Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01

	Formularz	WSRM-7-05-00-04 (ver. 1)
	<b>Świadoma zgoda pacjenta</b>	16.02.2016 Strona 1 z 1

6

.....  
(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 rokowania.

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**

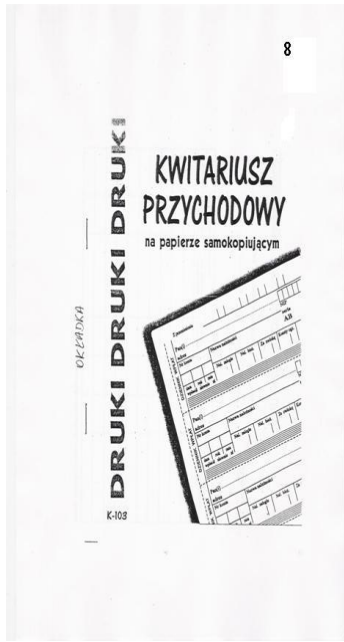
DANE ŚWIADCZENIODAWCY			
Nazwa		Nr umowy z NFZ	
DANE PACJENTA			
Nazwisko		Data urodzenia*	
Imię (imiona)		Plec**	K. M.
Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E)			
Identyfikator***			
FORMULARZ SERII E			
Rodzaj formularza		Kolejny nr formularza****	
ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE			
Rodzaj 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.



# KWITARIUSZ PRZYCHODOWY Druk ścisłego zarachowania

zawiera ..... blankietów pokwitowań, seria .....

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

Nazwa i nr wystawczego blankietu	Słownie słownie	Data		Przeprowadzone kontrole blankietu		
		wydział blankietu	zestaw blankietu	Nazwa i nr kontrolującego	data przeprowadzenia kontroli	tytuł pokwitowań od Nr do Nr

**UWAGA!** Kwitariusz powinien być zrealizowany w stanie nie czerkowanym.

**POKWITOWANIE**

Panc() .....  
 adres .....  
 Nr konta ..... Nazwa nadzorczej .....  
 NIP ..... seria TF N<sup>o</sup> 630001  
 data rok rok wypłacony słownie od .....  
 Naz. obrotu Naz. liczb. Za zwrotu Kwoty egz. RAZEM .....  
 podpis .....  
 glosny jak wyżej

**POKWITOWANIE**

Panc() .....  
 adres .....  
 Nr konta ..... Nazwa nadzorczej .....  
 NIP ..... seria TF N<sup>o</sup> 630002  
 data rok rok wypłacony słownie od .....  
 Naz. obrotu Naz. liczb. Za zwrotu Kwoty egz. RAZEM .....  
 podpis .....  
 glosny jak wyżej

**POKWITOWANIE**

Panc() .....  
 adres .....  
 Nr konta ..... Nazwa nadzorczej .....  
 NIP ..... seria TF N<sup>o</sup> 630003  
 data rok rok wypłacony słownie od .....  
 Naz. obrotu Naz. liczb. Za zwrotu Kwoty egz. RAZEM .....  
 podpis .....  
 glosny jak wyżej

**POKWITOWANIE**

Panc() .....  
 adres .....  
 Nr konta ..... Nazwa nadzorczej .....  
 NIP ..... seria TF N<sup>o</sup> 630004  
 data rok rok wypłacony słownie od .....  
 Naz. obrotu Naz. liczb. Za zwrotu Kwoty egz. RAZEM .....  
 podpis .....  
 glosny jak wyżej


**POKWITOWANIE**

Panc() .....  
 adres .....  
 Nr konta ..... Nazwa nadzorczej .....  
 NIP ..... seria TF N<sup>o</sup> 630005  
 data rok rok wypłacony słownie od .....  
 Naz. obrotu Naz. liczb. Za zwrotu Kwoty egz. RAZEM .....  
 podpis .....  
 glosny jak wyżej





Pieczęć świadczeniodawcy	
<b>Odpis Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikatu Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego</b> Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami	
1.	Informacje dotyczące instytucji właściwej, która wystawiła EKUZ lub CZEKUZ
1.1.	Nazwa ..... Kod .....
1.2.	Adres <sup>o</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>o</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

**12**

PRZEJĘCIE ŚRODKA TRWAŁEGO		<b>OT</b>
Numer	Data	
Nazwa		
Charakterystyka		
Dostawca-Dyktando		I. WARTOŚĆ Z KUPCENIA
NR i data dowodu dostawy		1. Wartość netto lub wyliczona ..... zł ..... gr
		2. Koszt ..... zł ..... gr
		3. Koszt ..... zł ..... gr
Miejsce użytkowania lub przeznaczenia		II. WARTOŚĆ OBROTOWA
		zł ..... gr

Produkt chemiczny przemysłowy		Środki chemiczne, których użycie nie jest zgodne z przeznaczeniem środków trwałych	
Uwagi		Wzrost wartości	
Numer	Data	Klasa 9, umorzenia	
Symbol klasyfikacji kodyfikacyjnej		Kod 91	Kod 92
		Kod 93	Kod 94
Numer identyfikacyjny		Zakaz wycofania	
		data	data
Odpowiedzialność			

12

**13**

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA-PRZESUNIĘCIA ŚRODKA TRWAŁEGO		<b>PT</b>
ZNAJĘCZNOŚĆ		
NA PODSTAWIE ZNAJĘCZNOŚCI ..... Z ZNAJĘCZNOŚCI ..... W PRZEKAZANIU DO		
ŚRODKA TRWAŁE O NIEZŁOŻYLIWYCH WŁAŚCIWOŚCIACH		
NAZWA		
SYMBOL KLASYFIKACJI KODOWEJ		WARTOŚĆ POCZĄTKOWA
NUMER INWENTARZOWY		UMORZENIE
PRZEKAZUJĄCY	LICZBA ZAPISÓW	PRZYJMUJĄCY
.....	DATA	.....

CHARAKTERYSTYKA			
WARTOŚĆ POCZĄTKOWA UMORZENIA			
	PK	P. OBR.	
	KWOTA	WNIOSY	NA
SYMBOL KLASYFIKACJI KODOWEJ	NUMER INWENTARZOWY	KLASA 9 UMORZENIA	STANOWISKO EDYTOW
ŚRODOKI KASOWE	KSIĘGOWOŚĆ ANALITYCZNA		KSIĘGOWOŚĆ SYNTEZY

13

PKC 158 000000 0-0/05-14-23

Dział - Wydział		<b>Zmiana miejsca użytkowania</b>				MT		
		(rodka trzeciego				MN		
		przełomu następnego						
Dnia .....		r. przeniesiono		Nr inwentarzowy				
Podpis: .....								
Uzasadnienie								
Jedn. miary		Ilość	Cena		Wartość			
Przeniesiono				Kolegowość (stanowisko kosztów)				
skąd								
dokąd								
Zdał		Przekazał		Przyjął				
Data	Podpis	Data	Podpis	Data	Podpis	Rodz. obł.	Data	Podpis

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ PIELEŃNIARKI 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 świadczeniobiorca 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	10L. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
Adres miejsca zamieszkania			
10I. 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>3)</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>6</sup> <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>6</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, pielęgniarkę 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 pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
17. W bieżącym roku dokonuje wyboru:	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>6</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, pielęgniarkę 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>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.











**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>

22

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		
		4. _____ nazwisko i imię		8. _____ nazwisko i imię		_____ pobranie pracowników

Model 5 IMPAST w/ (03) 296-77-02

23

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

Pu. Gm. 02 IMPAST w/ (03) 296-77-02

Wydział - Dział		K-to kosztów	K-to wydz.	Nr zlecenia	<b>Rw</b> Pobranie materiałów wielopoz.	Nr bieżący Rw		Egz.		
Wydział - Dział				Dokład		Nr magaz. Rw		Data		
Nr indeksu materiałowego	Nazwa materiału	ILOŚĆ			Cena		Wartość		Konto symet. mater.	Zapas ilość
		żądana	Jm.	wydana	zł	gr	zł	gr		
Wystawiał	Zatwierdził	wydział - <b>MAGAZYN</b> - pobral			Ewidencja ilościowo - wartościowa					
		Data:			Wycenił		Dziennik-konto-pozycja podpis			

<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*</b>																															
Numer ewidencyjny zlecenia: .....																															
<small>Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ.</small>																															
<b>WYPELNIŃ 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: <input type="text"/>																														
	<b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b>																														
	Liczba porządkowa wyrobu medycznego <input type="text"/> / <input type="text"/>																														
	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 źrenic ..... 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 źrenic ..... 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 źrenic ..... mm	OL					Do bliży	OP					Odległość źrenic ..... mm	OL				
		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma																										
Do dali	OP					Odległość źrenic ..... mm																									
	OL																														
Do bliży	OP					Odległość źrenic ..... mm																									
	OL																														
<b>III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:</b> .....																															
.....																															
Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: .....																															
<b>Data wystawienia zlecenia</b>	<b>Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu</b>																														
<small>* 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 wydanymi 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.).</small>																															

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;">           _____            Pieczęć i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego            Narodowego Funduszu Zdrowia         </div>
	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b> Data przyjęcia do realizacji ..... Pieczęć podmiotu realizującego czynności z zakresu ..... ..... ..... 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, pieczęć 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 wyświadczenie.	







KARTA PRACY WYJAZDOWEGO ZESPOŁU SANITARNEGO TYPU "N"

Nr zlecenia:

Nazwa i adres Świadczeniodawcy

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

Pacjentka / podopieczna  
wyjazdowego zespołu sanitarnego typu "N"

Nazwisko dziecka	Pełn. M. K.	Inne nazki:
Adres i telefon rodziców		Pełnił matkę/rodzicę:
Masa urodzeniowa (g):	Tętno (bpm):	Data ur. (dzień):
Masa aktualna (g):	Ciężar:	Godz. urodzenia (gmin):

Miejsce wezwania (transport z)		Miejsce przewozu (transport do)	
Stacja		Stacja	
Oddział		<input type="checkbox"/> ODM/OTN <input type="checkbox"/> Pat. Noworodka <input type="checkbox"/> Neonatologii <input type="checkbox"/>	
Rozeznanie		<input type="checkbox"/> Kardjologiczne <input type="checkbox"/> Chirurgiczne <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	
Nazwisko lekarza zamawiającego (transport z):		Nazwisko lekarza przyjmującego (transport do):	
Data wezwania:	Godz.:	Data przewozu:	Na godz.:

Przebieg choroby:  
Przebieg porodu:  
Aktualny stan noworodka:

Stan zasłany w oddziale wzywającego				
Oddoch	Parametry wentylacyjne	Czynności wykonane przez oddział	Podane leki	Stan dziecka w oddziale
Wentylacja <input type="checkbox"/>	FiO <sub>2</sub> :	Wt. dozyjne obwodowe <input type="checkbox"/>	Wt. K. .... mg	Dotętno <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	P:	Kanula peplowa* Z T	Glukoza .... %	Średni <input type="checkbox"/>
AMBU <input type="checkbox"/>	Ti:	Intubacja w Min <input type="checkbox"/>	8,4% NaHCO <sub>3</sub> .... ml	Ciepłota <input type="checkbox"/>
Termoterapia <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość nurka	Antybiotyki .... mg	Aponalnia <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")				
Okładki	Czynności	Leki	Badania	Stan dziecka
Wentylacja <input type="checkbox"/>	Wt. dozyjne obw. <input type="checkbox"/>	Sedacja/analgezja	Ciepłota ciała pr. .... °C	Stabilny <input type="checkbox"/>
Termoterapia <input type="checkbox"/>	Kanula peplowa* Z T		Ciepłota ciała: <input type="checkbox"/>	Poprawna <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja w Min <input type="checkbox"/>	Katecholamina	Saturacja	Prógoczenie <input type="checkbox"/>
INWIMV <input type="checkbox"/>	Reanimacja <input type="checkbox"/>		Kolor skóry	Zgon <input type="checkbox"/>
P:	Inne:	Glukoza .... %	Poziom glukozy w surowicy	Czyżni? <input type="checkbox"/>
FiO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>			..... mg	Krew matki <input type="checkbox"/>
Ti <input type="checkbox"/>		Inne:	RR	Historia choroby <input type="checkbox"/>
PEEP <input type="checkbox"/>				Rentgenogramy <input type="checkbox"/>
PIP <input type="checkbox"/>				Kontak z matką <input type="checkbox"/>

Oddział docelowy	Godziny	godz./min
Docelne oddz. pr. ....	Wyjazd z bazy	
Nazwisko lekarza przyjmującego:	Przyjazd do szpitala wzywającego	
Wyjazdowy zespół sanitarny typu "N" (kierownik zespołu: Imię i Nazwisko)	Przyjazd do szpitala wzywającego	
Leczenie:	Przyjazd do szpitala docelowego	
Podpisanie/lekarska:	Przyjazd do bazy lub następnego wyjazdu	
Kierowca:	Ułójce sygnałów świetlnych i dźwiękowych TAK/NIE*	liczba km: .....

\* niepotrzebne skreślić







Zamawiający		Adres wysyłkowy (odbiorca)		Data wpływu		Symb. dok.		Nr ewidencyjny	
Warunki płatności		Płatnik (konto w Banku)		Adnotacje odbiorcy (adresata)					
Nr identyfikacyjny zamawiającego NIP				Adresat					
				<b>ZAMÓWIENIE OGÓLNE</b>					
				Symb. dok.		z dnia		nr	
REGON zamawiającego			REGON odbiorcy		REGON płatnika			Nr umowy/przydziału	
Lp.	Nazwa artykułu - wyrobu	KTM - symbol indeksu	Symbol J.m.	Ilość	Termin dostawy				
Uwagi:									
Ilość załączników _____					(pieczęć, podpis)				

**Dziennik Pracy  
Poradni**





WZCROGA

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 \_\_\_\_\_

Rodzaj i przebieg operacji: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rozpoznanie pooperacyjne: \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

Łódź, dn. ....

Zaświadczenie o podaniu  
Anatoksyny teżkowej

Nazwisko i imię .....  
Rok urodzenia .....

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

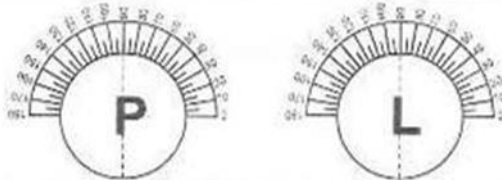
	<b>Formularz</b>	<b>WSRM -7-03-00-01 (ver.1)</b>
	<b>Zapotrzebowanie materiałowe/sprzętowe*</b>	26.08.2009 Strona 1 z 1

Data:		Adresat :		
Zamawiający:		Nr zlecenia:		
L.p.	Nazwa materiału, urządzenia, dane techniczne, wymagania dodatkowe	Jedn.	Ilość	Przewidywany termin dostawy
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<p>Uwagi: Prosimy o potwierdzenie ZAPOTRZEBOWANIA MATERIAŁOWO/ SPRZĘTOWEGO z podaniem terminu realizacji.</p> <p>Prosimy o załączenie: atestów /deklaracji zgodności /kart gwarancyjnych /świadectw kontroli jakości /DTR *, inne</p>				
Potwierdzenie osoby realizującej:		Zamawiający :		
..... (data potwierdzenia przyjęcia i zamówienia) (podpis)		..... (data i podpis zamawiającego)		
..... (data realizacji zamówienia) (podpis)		..... (data i podpis zatwierdzającego)		

\* niepotrzebne skreślić

Nr REGON .....

Nazwisko i imię chorego .....



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

Szkła ..... Oprawa .....

Recepta na okulary

.....  
(data i podpis lekarza)

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 .....

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

..... dnia ..... 20 ..... r.

### SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana/Panią ..... lat

Adres .....

PESEL                      telefon .....

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu .....

W ..... adres

oddział ..... nazwa oddziału

Rozpoznanie ..... w języku polskim kod (ICD10) .....

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
czytelny podpis, pieczęć lekarza

pieczęć szpitala, adres, telefon, numer umowy

..... dnia ..... 20 ..... r.

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem .....

Termin przyjęcia do szpitala .....


### Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent ..... imię i nazwisko Data ur. ....

Przyczyna ewentualnej odmowy/zalecenia: .....

.....  
czytelny podpis, pieczęć lekarza

30

	Formularz	WSRM-7-04-00-01
	Lista obecności Zespól 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				








46  
41

Nazwa Jednostki	Interna		Chir. Og.		Ortoped.	Kardiolog.		Neurochir.	OIOM	Neurolog.		Psychiatr.	
	K	M	K	M		K	M			K	M	K	M
Biegański													
Barlicki SOR-	<i>Pulm. - Gastr. - Nefr. - Diab. -</i>												
Jan Boży													
Jonscher SOR-													
Kopernik SOR-													
Łagiewniki													
Madurowicz									OCP	Pol.		Gin.	
Pl. Hallera													
Pirogow													
Mokra 4 GASTRO-MED													
Jordan													
WAM													
MSW													
Radliński													
Babiński													
Czechosłow.													
Zgierz W													
Pabianice													
Tuszyn													
Brzeziny													
Sterling													
CZMP													
Konopnicka													
Kopernik <i>chir. dziec.</i>													
Korczak													
Rydygier	Pol.		OCP	Gin.		CZMP	Pol.		OCP	Gin.			
IMP						MOPiT							



44

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

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

Pieczątka i podpis osoby wystawiającej

\* wybrać właściwe







## Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	<b>Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu</b>	Karta dotyczy osoby zmarłej** 1 dziecko 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 [ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ] godz. [ ][ ] min. [ ][ ]		
albo data i godzina znalezienia zwłok**** rok [ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ] godz. [ ][ ] min. [ ][ ]		
7. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok [ ][ ] dzień [ ][ ] m-c [ ][ ] godz. [ ][ ] min. [ ][ ]		
<i>w poz. 7 godz. i min. oraz poz. 10-15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku</i>		
8. Płeć osoby zmarłej**	1 mężczyzna 2 kobieta	10. Dziecko pochodziło z porodu** 1 pojedynczego 2 bliźniaczego 3 trojacznego 4 czworaczego 5 pięcioraczego 6 sześcioraczego i więcej
9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	1 szpital 2 podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital 3 dom 4 inne	11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****
13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****		12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****
15. Punkty w skali Apgar****		14. Okres trwania ciąży w tygodniach****
16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej		
17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)		
18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu 1) przyczyna zgonu bezpośrednia - opis słowny wraz z kodem ICD-10		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 2	tak nie
---	--------	------------

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

.....  
.....

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem?*	1 2	tak nie	18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok?*	1 2	tak nie
--	--------	------------	--	--------	------------

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

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

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.





48

Pieczętka zakładu  
Dzielnia A

## HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

**PORADNI** .....

Nr karty .....  
Data zarej. ....  
Nr ks. zdrowia .....

Nazwisko ..... Imię ..... Płeć: M, Ż\*)

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

Miejsce pracy ..... Zawód wyuczony / wykonywany .....

ubezpieczony		nieubezpieczony		Symbol grupy produkcji i usług (wpisać odpowiednią cyfrę)	Grupa krwi	Rh
czynny	bierny	samo-placący	leczony bezpłatnie			

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak” lub „nie”	Niezdolność do pracy od - do

Uwaga! Wypełniać długopisem lub ołówkiem kopiaowym. CI-Pw-16.2 IMPROT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statystyczny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać „tak” lub „nie”	Niezdolność do pracy od - do

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkl. ....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statysty- czny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

14/03/24 14:44:00 Wskazówka do historii choroby IMPACT 10.144.1038.156.77.22

Nazwisko i imię ..... Nr rejestru ..... Nr kolejny wkl. ....

Data	Wywiad: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr statysty- czny choroby	Czy pierwsze zachorowanie wpisać "tak" lub "nie"	Niezdolność do pracy od - do

14/03/24 14:44:00 Wskazówka do historii choroby IMPACT 10.144.1038.156.77.22

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

51

**KSIĄŻKA  
GABINETU  
ZABIEGOWEGO  
INTERNA**





**KSIAŻKA BADAŃ  
RTG**

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

**KARTA CHOROBY  
PORADNI STOMATOLOGICZNEJ**

(pieczęć poradni)

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

Nazwisko .....		Imię .....		Płeć M Z *)	
Data urodzenia .....		Adres .....			
Miejsce pracy .....			Zawód wykonywany .....		
ubezpieczony *)		nie ubezpieczony *)		Symbol grupy produkcji i usługi <input style="width: 50px;" type="text"/>	

**Stan jamy ustnej****Informacje uzupełniające:**

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

Migdałki .....

Higiena .....

Biodumie wstępne		Liczba zębów	
Data, podpis		Infekcyjnych Liczba zębów	
		Szarych	

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

\*) W przypadku stwierdzenia niezdolności do pracy należy podać w rubr. 3 dokładne objawy choroby, wyniki badań fizykalnych i badań dodatkowych.

**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/Pr/14 IMPACT Myślenice tel./fax: (0321) 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





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 .....








58

58

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

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

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





## SPIS BIELIZNY

Wydanej do pralni i szwalni w dniu .....  
z oddziału .....

Nr pozycji	Nazwa przedmiotu	Oddano pralni segregatorni	Wydano	
			segregatorni	oddziałowi
1.	Biały			
2.	Spodnie			
3.	Fartuchy dla lekarzy			
4.	Finanki i rolety			
5.	Kaftany przymusowe			
6.	Koce			
7.	Kotdry			
8.	Koszule			
9.	Obrusy			
10.	Obruski			
11.	Pieluchy			
12.	Podkłady			
13.	Pokrowce			
14.	Powłoczki			
15.	Poszwy			
16.	Prześcieradła			
17.	Rezniki			
18.	Serwetki operacyjne			
19.	Ścierki			
20.	Worki			
21.	Spodnice			
22.	Zasłony			
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
RAZEM		szt		
		kg		

Podpis zdającego

Podpis przyjmującego

OKŁADKA

**DZIENNIK  
KORRESPONDENCYJNY**









62

**Karta udostępnienia akt nr .....** <sup>\*\*)</sup>

(pieczęćka komórki organizacyjnej) | .....

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\*)

Pana/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)
------------------------------	---	---------------------------------

nazwisko i imię

### KARTA PRACY

UJ

Grupa upos. \_\_\_\_\_ Dod. funkce. zł. \_\_\_\_\_ Dod. za specj. \_\_\_\_\_ %  
 Zajęcie pierwsze drugie Zwykła Zniżka Rodzinna \_\_\_\_\_ % Dodatki rodzinne; żona, dzieci \_\_\_\_\_

Data	Styczeń			Luty			Marzec			Kwiecień			Maj			Czerwiec								
	pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.					
	od	do	norm.	50%	100%	od	do	norm.	50%	100%	od	do	norm.	50%	100%	od	do	norm.	50%	100%				
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																								
Razem przep.					Razem przep.					Razem przep.					Razem przep.					Razem przep.				
Urlop					Urlop					Urlop					Urlop					Urlop				
Zwols. płat.					Zwols. płat.					Zwols. płat.					Zwols. płat.					Zwols. płat.				
Ogółem					Ogółem					Ogółem					Ogółem					Ogółem				

nazwisko i imię

### KARTA PRACY

UJ

Grupa upos. \_\_\_\_\_ Dod. funkce. zł. \_\_\_\_\_ Dod. za specj. \_\_\_\_\_ %  
 Zajęcie pierwsze drugie Zwykła Zniżka Rodzinna \_\_\_\_\_ % Dodatki rodzinne; żona, dzieci \_\_\_\_\_

Data	Styczeń			Luty			Marzec			Kwiecień			Maj			Czerwiec								
	pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.		pracował		wykonano godz.					
	od	do	norm.	50%	100%	od	do	norm.	50%	100%	od	do	norm.	50%	100%	od	do	norm.	50%	100%				
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																								
Razem przep.					Razem przep.					Razem przep.					Razem przep.					Razem przep.				
Urlop					Urlop					Urlop					Urlop					Urlop				
Zwols. płat.					Zwols. płat.					Zwols. płat.					Zwols. płat.					Zwols. płat.				
Ogółem					Ogółem					Ogółem					Ogółem					Ogółem				





DOWÓD WPLĄTY			
..... dnia ..... 200..... r.		<b>KP</b> 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		razem	w tym			godz. nocne	godz. zakab.	II zmiana	nr rej. samoch.	paliwo	
	od	do		godz.	norm.	50%					100%	oszcz.
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		
Pan/i .....		(imię)
<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
	a zł	suma
	a zł	suma
	a zł	suma
<b>Razem zarob. brutto</b>		<b>suma</b>
<b>ROZLICZENIE WARUNKÓW PRACY</b>		
.....		.....
(obliczył)		(sprawdził)
<b>WYNIK PRACY</b>		
.....		.....
(obliczył)		(sprawdził)
<b>UWAGI</b>		
.....		
<b>KARTA PRACY KIEROWCY</b>		
.....		







