

Nr karty \_\_\_\_\_ **1**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_

### KARTA ZDROWIA DZIECKA

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_ Płeć: M. / Ż.

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

Uzyskała da dziecka (niem) \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_ do (nie) \_\_\_\_\_  
 przebiegła od \_\_\_\_\_ do (nie) \_\_\_\_\_ choroby (chorób) \_\_\_\_\_

Opiska rodzica	Imię i nazwisko	Wykazany zarodek	Sytuacja materialna i warunki gospodcze środowiska domowego
ojciec			
matka			
inne osoby			

Wyświadczenia do czasu zarejestrowania dziecka:

Kolejność i przebieg nabytych chorób:

© 2011-2012

## Przebieg chorób, zabiegów operacyjnych, stanów alergicznych na tle i urazów \*

Nazwa choroby	Wiek	Nazwa choroby	Wiek	Nazwa choroby	Wiek

Ocena rozwoju dziecka w wieku:

a) 12 miesięcy

b) 18 miesięcy

c) 24 miesięcy

d) 30 miesięcy

e) 36 miesięcy

f) 42 miesięcy

g) 48 miesięcy

h) 54 miesięcy

i) 60 miesięcy

j) 66 miesięcy

k) 72 miesięcy

l) 78 miesięcy

m) 84 miesięcy

n) 90 miesięcy

o) 96 miesięcy

p) 102 miesięcy

q) 108 miesięcy

r) 114 miesięcy

s) 120 miesięcy

t) 126 miesięcy

u) 132 miesięcy

v) 138 miesięcy

w) 144 miesięcy

x) 150 miesięcy

y) 156 miesięcy

z) 162 miesięcy

aa) 168 miesięcy

ab) 174 miesięcy

ac) 180 miesięcy

ad) 186 miesięcy

ae) 192 miesięcy

af) 198 miesięcy

ag) 204 miesięcy

ah) 210 miesięcy

ai) 216 miesięcy

aj) 222 miesięcy

ak) 228 miesięcy

al) 234 miesięcy

am) 240 miesięcy

an) 246 miesięcy

ao) 252 miesięcy

ap) 258 miesięcy

aq) 264 miesięcy

ar) 270 miesięcy

as) 276 miesięcy

at) 282 miesięcy

au) 288 miesięcy

av) 294 miesięcy

aw) 300 miesięcy

ax) 306 miesięcy

ay) 312 miesięcy

az) 318 miesięcy

ba) 324 miesięcy

bb) 330 miesięcy

bc) 336 miesięcy

bd) 342 miesięcy

be) 348 miesięcy

bf) 354 miesięcy

bg) 360 miesięcy

bh) 366 miesięcy

bi) 372 miesięcy

bj) 378 miesięcy

bk) 384 miesięcy

bl) 390 miesięcy

bm) 396 miesięcy

bn) 402 miesięcy

bo) 408 miesięcy

bp) 414 miesięcy

bq) 420 miesięcy

br) 426 miesięcy

bs) 432 miesięcy

bt) 438 miesięcy

bu) 444 miesięcy

bv) 450 miesięcy

bw) 456 miesięcy

bx) 462 miesięcy

by) 468 miesięcy

bz) 474 miesięcy

ca) 480 miesięcy

cb) 486 miesięcy

cc) 492 miesięcy

cd) 498 miesięcy

ce) 504 miesięcy

cf) 510 miesięcy

cg) 516 miesięcy

ch) 522 miesięcy

ci) 528 miesięcy

cj) 534 miesięcy

ck) 540 miesięcy

cl) 546 miesięcy

cm) 552 miesięcy

cn) 558 miesięcy

co) 564 miesięcy

cp) 570 miesięcy

cq) 576 miesięcy

cr) 582 miesięcy

cs) 588 miesięcy

ct) 594 miesięcy

cu) 600 miesięcy

cv) 606 miesięcy

cw) 612 miesięcy

cx) 618 miesięcy

cy) 624 miesięcy

cz) 630 miesięcy

ca) 636 miesięcy

cb) 642 miesięcy

cc) 648 miesięcy

cd) 654 miesięcy

ce) 660 miesięcy

cf) 666 miesięcy

cg) 672 miesięcy

ch) 678 miesięcy

ci) 684 miesięcy

cj) 690 miesięcy

ck) 696 miesięcy

cl) 702 miesięcy

cm) 708 miesięcy

cn) 714 miesięcy

co) 720 miesięcy

cp) 726 miesięcy

cq) 732 miesięcy

cr) 738 miesięcy

cs) 744 miesięcy

ct) 750 miesięcy

cu) 756 miesięcy

cv) 762 miesięcy

cw) 768 miesięcy

cx) 774 miesięcy

cy) 780 miesięcy

cz) 786 miesięcy

ca) 792 miesięcy

cb) 798 miesięcy

cc) 804 miesięcy

cd) 810 miesięcy

ce) 816 miesięcy

cf) 822 miesięcy

cg) 828 miesięcy

ch) 834 miesięcy

ci) 840 miesięcy

cj) 846 miesięcy

ck) 852 miesięcy

cl) 858 miesięcy

cm) 864 miesięcy

cn) 870 miesięcy

co) 876 miesięcy

cp) 882 miesięcy

cq) 888 miesięcy

cr) 894 miesięcy

cs) 900 miesięcy

ct) 906 miesięcy

cu) 912 miesięcy

cv) 918 miesięcy

cw) 924 miesięcy

cx) 930 miesięcy

cy) 936 miesięcy

cz) 942 miesięcy

ca) 948 miesięcy

cb) 954 miesięcy

cc) 960 miesięcy

cd) 966 miesięcy

ce) 972 miesięcy

cf) 978 miesięcy

cg) 984 miesięcy

ch) 990 miesięcy

ci) 996 miesięcy

cj) 1002 miesięcy

ck) 1008 miesięcy

cl) 1014 miesięcy

cm) 1020 miesięcy

cn) 1026 miesięcy

co) 1032 miesięcy

cp) 1038 miesięcy

cq) 1044 miesięcy

cr) 1050 miesięcy

cs) 1056 miesięcy

ct) 1062 miesięcy

cu) 1068 miesięcy

cv) 1074 miesięcy

cw) 1080 miesięcy

cx) 1086 miesięcy

cy) 1092 miesięcy

cz) 1098 miesięcy

ca) 1104 miesięcy

cb) 1110 miesięcy

cc) 1116 miesięcy

cd) 1122 miesięcy

ce) 1128 miesięcy

cf) 1134 miesięcy

cg) 1140 miesięcy

ch) 1146 miesięcy

ci) 1152 miesięcy

cj) 1158 miesięcy

ck) 1164 miesięcy

cl) 1170 miesięcy

cm) 1176 miesięcy

cn) 1182 miesięcy

co) 1188 miesięcy

cp) 1194 miesięcy

cq) 1200 miesięcy

cr) 1206 miesięcy

cs) 1212 miesięcy

ct) 1218 miesięcy

cu) 1224 miesięcy

cv) 1230 miesięcy

cw) 1236 miesięcy

cx) 1242 miesięcy

cy) 1248 miesięcy

cz) 1254 miesięcy

ca) 1260 miesięcy

cb) 1266 miesięcy

cc) 1272 miesięcy

cd) 1278 miesięcy

ce) 1284 miesięcy

cf) 1290 miesięcy

cg) 1296 miesięcy

ch) 1302 miesięcy

ci) 1308 miesięcy

cj) 1314 miesięcy

ck) 1320 miesięcy

cl) 1326 miesięcy

cm) 1332 miesięcy

cn) 1338 miesięcy

co) 1344 miesięcy

cp) 1350 miesięcy

cq) 1356 miesięcy

cr) 1362 miesięcy

cs) 1368 miesięcy

ct) 1374 miesięcy

cu) 1380 miesięcy

cv) 1386 miesięcy

cw) 1392 miesięcy

cx) 1398 miesięcy

cy) 1404 miesięcy

cz) 1410 miesięcy

ca) 1416 miesięcy

cb) 1422 miesięcy

cc) 1428 miesięcy

cd) 1434 miesięcy

ce) 1440 miesięcy

cf) 1446 miesięcy

cg) 1452 miesięcy

ch) 1458 miesięcy

ci) 1464 miesięcy

cj) 1470 miesięcy

ck) 1476 miesięcy

cl) 1482 miesięcy

cm) 1488 miesięcy

cn) 1494 miesięcy

co) 1500 miesięcy

cp) 1506 miesięcy

cq) 1512 miesięcy

cr) 1518 miesięcy

cs) 1524 miesięcy

ct) 1530 miesięcy

cu) 1536 miesięcy

cv) 1542 miesięcy

cw) 1548 miesięcy

cx) 1554 miesięcy

cy) 1560 miesięcy

cz) 1566 miesięcy

ca) 1572 miesięcy

cb) 1578 miesięcy

cc) 1584 miesięcy

cd) 1590 miesięcy

ce) 1596 miesięcy

cf) 1602 miesięcy

cg) 1608 miesięcy

ch) 1614 miesięcy

ci) 1620 miesięcy

cj) 1626 miesięcy

ck) 1632 miesięcy

cl) 1638 miesięcy

cm) 1644 miesięcy

cn) 1650 miesięcy

co) 1656 miesięcy

cp) 1662 miesięcy

cq) 1668 miesięcy

cr) 1674 miesięcy

cs) 1680 miesięcy

ct) 1686 miesięcy

cu) 1692 miesięcy

cv) 1698 miesięcy

cw) 1704 miesięcy

cx) 1710 miesięcy

cy) 1716 miesięcy

cz) 1722 miesięcy

ca) 1728 miesięcy

cb) 1734 miesięcy

cc) 1740 miesięcy

cd) 1746 miesięcy

ce) 1752 miesięcy

cf) 1758 miesięcy

cg) 1764 miesięcy

ch) 1770 miesięcy

ci) 1776 miesięcy

cj) 1782 miesięcy

ck) 1788 miesięcy

cl) 1794 miesięcy

cm) 1800 miesięcy

cn) 1806 miesięcy

co) 1812 miesięcy

cp) 1818 miesięcy

cq) 1824 miesięcy

cr) 1830 miesięcy

cs) 1836 miesięcy

ct) 1842 miesięcy

cu) 1848 miesięcy

cv) 1854 miesięcy

cw) 1860 miesięcy

cx) 1866 miesięcy

cy) 1872 miesięcy

cz) 1878 miesięcy

ca) 1884 miesięcy

cb) 1890 miesięcy

cc) 1896 miesięcy

cd) 1902 miesięcy

ce) 1908 miesięcy

cf) 1914 miesięcy

cg) 1920 miesięcy

ch) 1926 miesięcy

ci) 1932 miesięcy

cj) 1938 miesięcy

ck) 1944 miesięcy

cl) 1950 miesięcy

cm) 1956 miesięcy

cn) 1962 miesięcy

co) 1968 miesięcy

cp) 1974 miesięcy

cq) 1980 miesięcy

cr) 1986 miesięcy

cs) 1992 miesięcy

ct) 1998 miesięcy

cu) 2004 miesięcy

cv) 2010 miesięcy

cw) 2016 miesięcy

cx) 2022 miesięcy

cy) 2028 miesięcy

cz) 2034 miesięcy

ca) 2040 miesięcy

cb) 2046 miesięcy

cc) 2052 miesięcy

cd) 2058 miesięcy

ce) 2064 miesięcy

cf) 2070 miesięcy

cg) 2076 miesięcy

ch) 2082 miesięcy

ci) 2088 miesięcy

cj) 2094 miesięcy

ck) 2100 miesięcy

cl) 2106 miesięcy

cm) 2112 miesięcy

cn) 2118 miesięcy

co) 2124 miesięcy

cp) 2130 miesięcy

cq) 2136 miesięcy

cr) 2142 miesięcy

cs) 2148 miesięcy

ct) 2154 miesięcy

cu) 2160 miesięcy

cv) 2166 miesięcy

cw) 2172 miesięcy

cx) 2178 miesięcy

cy) 2184 miesięcy

cz) 2190 miesięcy

ca) 2196 miesięcy

cb) 2202 miesięcy

cc) 2208 miesięcy

cd) 2214 miesięcy

ce) 2220 miesięcy

cf) 2226 miesięcy

cg) 2232 miesięcy

ch) 2238 miesięcy

ci) 2244 miesięcy

cj) 2250 miesięcy

ck) 2256 miesięcy

cl) 2262 miesięcy

cm) 2268 miesięcy

cn) 2274 miesięcy

co) 2280 miesięcy

cp) 2286 miesięcy

cq) 2292 miesięcy

cr) 2298 miesięcy

cs) 2304 miesięcy

ct) 2310 miesięcy

cu) 2316 miesięcy

cv) 2322 miesięcy

cw) 2328 miesięcy

cx) 2334 miesięcy

cy) 2340 miesięcy

cz) 2346 miesięcy

ca) 2352 miesięcy

cb) 2358 miesięcy

cc) 2364 miesięcy

cd) 2370 miesięcy

ce) 2376 miesięcy

cf) 2382 miesięcy

cg) 2388 miesięcy

ch) 2394 miesięcy

ci) 2400 miesięcy

cj) 2406 miesięcy

ck) 2412 miesięcy

cl) 2418 miesięcy

cm) 2424 miesięcy

cn) 2430 miesięcy

co) 2436 miesięcy

cp) 2442 miesięcy

cq) 2448 miesięcy

cr) 2454 miesięcy

cs) 2460 miesięcy

ct) 2466 miesięcy

cu) 2472 miesięcy

cv) 2478 miesięcy

cw) 2484 miesięcy

cx) 2490 miesięcy

cy) 2496 miesięcy

cz) 2502 miesięcy

ca) 2508 miesięcy

cb) 2514 miesięcy

cc) 2520 miesięcy

cd) 2526 miesięcy

ce) 2532 miesięcy

cf) 2538 miesięcy

cg) 2544 miesięcy

ch) 2550 miesięcy

ci) 2556 miesięcy

cj) 2562 miesięcy

ck) 2568 miesięcy

cl) 2574 miesięcy

cm) 2580 miesięcy

cn) 2586 miesięcy

co) 2592 miesięcy

cp) 2598 miesięcy

cq) 2604 miesięcy

cr) 2610 miesięcy

cs) 2616 miesięcy

ct) 2622 miesięcy

cu) 2628 miesięcy

cv) 2634 miesięcy

cw) 2640 miesięcy

cx) 2646 miesięcy

cy) 2652 miesięcy

cz) 2658 miesięcy

ca) 2664 miesięcy

cb) 2670 miesięcy

cc) 2676 miesięcy

cd) 2682 miesięcy

ce) 2688 miesięcy

cf) 2694 miesięcy

cg) 2700 miesięcy

ch) 2706 miesięcy

ci) 2712 miesięcy

cj) 2718 miesięcy

ck) 2724 miesięcy

cl) 2730 miesięcy

cm) 2736 miesięcy

cn) 2742 miesięcy

co) 2748 miesięcy

cp) 2754 miesięcy

cq) 2760 miesięcy

cr) 2766 miesięcy

cs) 2772 miesięcy

ct) 2778 miesięcy

cu) 2784 miesięcy

cv) 2790 miesięcy

cw) 2796 miesięcy

cx) 2802 miesięcy

cy) 2808 miesięcy

cz) 2814 miesięcy

ca) 2820 miesięcy

cb) 2826 miesięcy

cc) 2832 miesięcy

cd) 2838 miesięcy

ce) 2844 miesięcy

cf) 2850 miesięcy

cg) 2856 miesięcy

ch) 2862 miesięcy

ci) 2868 miesięcy

cj) 2874 miesięcy

ck) 2880 miesięcy

cl) 2886 miesięcy

cm) 2892 miesięcy

cn) 2898 miesięcy

co) 2904 miesięcy

cp) 2910 miesięcy

cq) 2916 miesięcy

cr) 2922 miesięcy

cs) 2928 miesięcy

ct) 2934 miesięcy

cu) 2940 miesięcy

cv) 2946 miesięcy

cw) 2952 miesięcy

cx) 2958 miesięcy

cy) 2964 miesięcy

cz) 2970 miesięcy

ca) 2976 miesięcy

cb) 2982 miesięcy

cc) 2988 miesięcy

cd) 2994 miesięcy

ce) 3000 miesięcy

cf) 3006 miesięcy

cg) 3012 miesięcy

ch) 3018 miesięcy

ci) 3024 miesięcy

cj) 3030 miesięcy

ck) 3036 miesięcy

cl) 3042 miesięcy

cm) 3048 miesięcy

cn) 3054 miesięcy

co) 3060 miesięcy

cp) 3066 miesięcy

cq) 3072 miesięcy

cr) 3078 miesięcy

cs) 3084 miesięcy

ct) 3090 miesięcy

cu) 3096 miesięcy

cv) 3102 miesięcy

cw) 3108 miesięcy

cx) 3114 miesięcy

cy) 3120 miesięcy

cz) 3126 miesięcy

ca) 3132 miesięcy

cb) 3138 miesięcy

cc) 3144 miesięcy

cd) 3150 miesięcy

ce) 3156 miesięcy

cf) 3162 miesięcy

cg) 3168 miesięcy

ch) 3174 miesięcy

ci) 3180 miesięcy

cj) 3186 miesięcy

ck) 3192 miesięcy

cl) 3198 miesięcy

cm) 3204 miesięcy

cn) 3210 miesięcy

co) 3216 miesięcy

cp) 3222 miesięcy

cq) 3228 miesięcy

cr) 3234 miesięcy

cs) 3240 miesięcy

ct) 3246 miesięcy

cu) 3252 miesięcy

cv) 3258 miesięcy

cw) 3264 miesięcy

cx) 3270 miesięcy

cy) 3276 miesięcy

cz) 3282 miesięcy

ca) 3288 miesięcy

cb) 3294 miesięcy

cc) 3300 miesięcy

cd) 3306 miesięcy

ce) 3312 miesięcy

cf) 3318 miesięcy

cg) 3324 miesięcy

ch) 3330 miesięcy

ci) 3336 miesięcy

cj) 3342 miesięcy

ck) 3348 miesięcy

cl) 3354 miesięcy

cm) 3360 miesięcy

cn) 3366 miesięcy

co) 3372 miesięcy

cp) 3378 miesięcy

cq) 3384 miesięcy

cr) 3390 miesięcy

cs) 3396 miesięcy

ct) 3402 miesięcy

cu) 3408 miesięcy

cv) 3414 miesięcy

cw) 3420 miesięcy

cx) 3426 miesięcy

cy) 3432 miesięcy

cz) 3438 miesięcy

ca) 3444 miesięcy

cb) 3450 miesięcy

cc) 3456 miesięcy

cd) 3462 miesięcy

ce) 3468 miesięcy

cf) 3474 miesięcy

cg) 3480 miesięcy

ch) 3486 miesięcy

ci) 3492 miesięcy

cj) 3498 miesięcy

ck) 3504 miesięcy

cl) 3510 miesięcy

cm) 3516 miesięcy

cn) 3522 miesięcy

co) 3528 miesięcy

cp) 3534 miesięcy

cq) 3540 miesięcy

cr) 3546 miesięcy

cs) 3552 miesięcy

ct) 3558 miesięcy

cu) 3564 miesięcy

cv) 3570 miesięcy

cw) 3576 miesięcy

cx) 3582 miesięcy

cy) 3588 miesięcy

cz) 3594 miesięcy

ca) 3600 miesięcy

cb) 3606 miesięcy

cc) 3612 miesięcy

cd) 3618 miesięcy

ce) 3624 miesięcy

cf) 3630 miesięcy

cg) 3636 miesięcy

ch) 3642 miesięcy

ci) 3648 miesięcy

cj) 3654 miesięcy

ck) 3660 miesięcy

cl) 3666 miesięcy

cm) 3672 miesięcy

cn) 3678 miesięcy

co) 3684 miesięcy

cp) 3690 miesięcy

cq) 3696 miesięcy

cr) 3702 miesięcy

cs) 3708 miesięcy

ct) 3714 miesięcy

cu) 3720 miesięcy

cv) 3726 miesięcy

cw) 3732 miesięcy

cx) 3738 miesięcy

cy) 3744 miesięcy

cz) 3750 miesięcy

ca) 3756 miesięcy

cb) 3762 miesięcy

cc) 3768 miesięcy

cd) 3774 miesięcy

ce) 3780 miesięcy

cf) 3786 miesięcy

cg) 3792 miesięcy

ch) 3798 miesięcy

ci) 3804 miesięcy

cj) 3810 miesięcy

ck) 3816 miesięcy

cl) 3822 miesięcy

cm) 3828 miesięcy

cn) 3834 miesięcy

co) 3840 miesięcy

cp) 3846 miesięcy

cq) 3852 miesięcy

cr) 3858 miesięcy

cs) 3864 miesięcy

ct) 3870 miesięcy

cu) 3876 miesięcy

cv) 3882 miesięcy

cw) 3888 miesięcy

cx) 3894 miesięcy

cy) 3900 miesięcy

cz) 3906 miesięcy

ca) 3912 miesięcy

cb) 3918 miesięcy

cc) 3924 miesięcy

cd) 3930 miesięcy

ce) 3936 miesięcy

cf) 3942 miesięcy

cg) 3948 miesięcy

ch) 3954 miesięcy

ci) 3960 miesięcy

cj) 3966 miesięcy

ck) 3972 miesięcy

cl) 3978 miesięcy

cm) 3984 miesięcy

cn) 3990 miesięcy

co) 3996 miesięcy

cp) 4002 miesięcy

cq) 4008 miesięcy

cr) 4014 miesięcy

cs) 4020 miesięcy

ct) 4026 miesięcy

cu) 4032 miesięcy

cv) 4038 miesięcy

cw) 4044 miesięcy

cx) 4050 miesięcy

cy) 4056 miesięcy

cz) 4062 miesięcy

ca) 4068 miesięcy

cb) 4074 miesięcy

cc) 4080 miesięcy

cd) 4086 miesięcy

ce) 4092 miesięcy

cf) 4098 miesięcy

cg) 4104 miesięcy

ch) 4110 miesięcy

ci) 4116 miesięcy

cj) 4122 miesięcy

ck) 4128 miesięcy

cl) 4134 miesięcy

cm) 4140 miesięcy

cn) 4146 miesięcy

co) 4152 miesięcy

cp) 4158 miesięcy

cq) 4164 miesięcy

cr) 4170 miesięcy

cs) 4176 miesięcy

ct) 4182 miesięcy

cu) 4188 miesięcy

cv) 4194 miesięcy

cw) 4200 miesięcy

cx) 4206 miesięcy

cy) 4212 miesięcy

cz) 4218 miesięcy

ca) 4224 miesięcy

cb) 4230 miesięcy

cc) 4236 miesięcy

cd) 4242 miesięcy

ce) 4248 miesięcy

cf) 4254 miesięcy

cg) 4260 miesięcy

ch) 4266 miesięcy

ci) 4272 miesięcy

cj) 4278 miesięcy

ck) 4284 miesięcy

cl) 4290 miesięcy

cm) 4296 miesięcy

cn) 4302 miesięcy

co) 4308 miesięcy

cp) 4314 miesięcy

cq) 4320 miesięcy

cr) 4326 miesięcy

cs) 4332 miesięcy

ct) 4338 miesięcy

cu) 4344 miesięcy

cv) 4350 miesięcy

cw) 4356 miesięcy

cx) 4362 miesięcy

cy) 4368 miesięcy

cz) 4374 miesięcy

ca) 4380 miesięcy

cb) 4386 miesięcy

cc) 4392 miesięcy

cd) 4398 miesięcy

ce) 4404 miesięcy

cf) 4410 miesięcy

cg) 4416 miesięcy

ch) 4422 miesięcy

ci) 4428 miesięcy

cj) 4434 miesięcy

ck) 4440 miesięcy

cl) 4446 miesięcy

cm) 4452 miesięcy

cn) 4458 miesięcy

co) 4464 miesięcy

cp) 4470 miesięcy

cq) 4476 miesięcy

cr) 4482 miesięcy

cs) 4488 miesięcy

ct) 4494 miesięcy

cu) 4500 miesięcy

cv) 4506 miesięcy

cw) 4512 miesięcy

cx) 4518 miesięcy

cy) 4524 miesięcy

cz) 4530 miesięcy

ca) 4536 miesięcy

cb) 4542 miesięcy

cc) 4548 miesięcy

cd) 4554 miesięcy

ce) 4560 miesięcy

cf) 4566 miesięcy

cg) 4572 miesięcy

ch) 4578 miesięcy

ci) 4584 miesięcy

cj) 4590 miesięcy

ck) 4596 miesięcy

cl) 4602 miesięcy

cm) 4608 miesięcy

cn) 4614 miesięcy

co) 4620 miesięcy

cp) 4626 miesięcy

cq) 4632 miesięcy

cr) 4638 miesięcy

cs) 4644 miesięcy

ct) 4650 miesięcy

cu) 4656 miesięcy

cv) 4662 miesięcy

cw) 4668 miesięcy

cx) 4674 miesięcy

cy) 4680 miesięcy

cz) 4686 miesięcy

ca) 4692 miesięcy

cb) 4698 miesięcy

cc) 4704 miesięcy

cd) 4710 miesięcy

ce) 4716 miesięcy

cf) 4722 miesięcy

cg) 4728 miesięcy

ch) 4734 miesięcy

ci) 4740 miesięcy

cj) 4746 miesięcy

ck) 4752 miesięcy

cl) 4758 miesięcy

cm) 4764 miesięcy

cn) 4770 miesięcy

co) 4776 miesięcy

cp) 4782 miesięcy

cq) 4788 miesięcy

cr) 4794 miesięcy

cs) 4800 miesięcy

ct) 4806 miesięcy

cu) 4812 miesięcy

cv) 4818 miesięcy

cw) 4824 miesięcy

cx) 4830 miesięcy

cy) 4836 miesięcy

cz) 4842 miesięcy

ca) 4848 miesięcy

cb) 4854 miesięcy

cc) 4860 miesięcy

cd) 4866 miesięcy

ce) 4872 miesięcy

cf) 4878 miesięcy

cg) 4884 miesięcy

ch) 4890 miesięcy

ci) 4896 miesięcy

cj) 4902 miesięcy

ck) 4908 miesięcy

cl) 4914 miesięcy

cm) 4920 miesięcy

cn) 4926 miesięcy

co) 4932 miesięcy

cp) 4938 miesięcy

cq) 4944 miesięcy

cr) 4950 miesięcy

cs) 4956 miesięcy

ct) 4962 miesięcy

cu) 4968 miesięcy

cv) 4974 miesięcy

cw) 4980 miesięcy

cx) 4986 miesięcy

cy) 4992 miesięcy

cz) 4998 miesięcy

ca) 5004 miesięcy

cb) 5010 miesięcy

cc) 5016 miesięcy

cd) 5022 miesięcy

ce) 5028 miesięcy

cf) 5034 miesięcy

cg) 5040 miesięcy

ch) 5046 miesięcy

ci) 5052 miesięcy


cj) 5058 miesięcy

ck) 50

Data	Wizyta środowiskowa (lekarza, położnej, pielęgniarki)

**Obserwacje lekarza i pielęgniarki (profilaktyczno - lecznicze)**

Data badania	Waga	Inne wskaźniki rozwoju	Wywiady, objawy, wyniki badań pomocniczych - rozpoznanie	Zlecenia

	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 żuchwowego;
- 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) Zwinięcie 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;
- 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 oszębnej 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) 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 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 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.



**4**

# FAKTURA VAT

\_\_\_\_\_ dnia

ORIGINAL KOPIA\*

Nr \_\_\_\_\_

Data: sprzedaży, wykonania usługi, wydania towaru, wpłaty zaliczki: \_\_\_\_\_

Środek transportu: \_\_\_\_\_

**Sprzedawca:**

**Nabywca:**

Bank: \_\_\_\_\_

Nr konta: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_ REGON: \_\_\_\_\_

Lp.	Nazwa towaru lub usługi	Symbol statystyczny towaru lub usługi**	J.m.	Ilość	Cena jedn. bez podatku VAT		Wartość bez podatku VAT		Podatek VAT %	Podatek VAT kwota		Wartość sprzedaży z podatkiem VAT		
					zł	gr	zł	gr		zł	gr	zł	gr	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>Razem:</b>														

Sposób zapłaty: \_\_\_\_\_

W tym:

	zw
	22%
	7%
	0%

słownie: \_\_\_\_\_

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


4

**5**

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

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

5

	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**

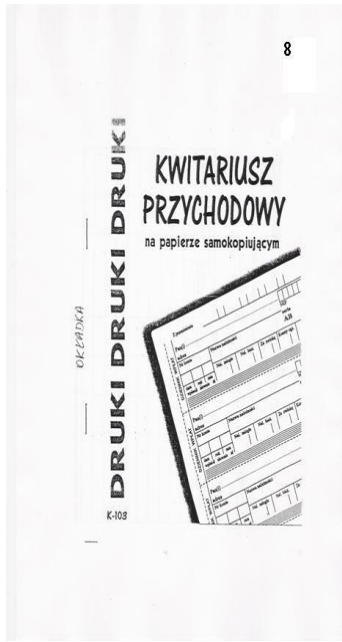
DANE ŚWIADCZENIODAWCY			
Nazwa		Nr umowy z NFZ	
DANE PACJENTA			
Nazwisko		Data urodzenia*	
Imię (imiona)		Plec**	K. M.
Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E)			
Identyfikator***			
FORMULARZ SERII E			
Rodzaj formularza		Kolejny nr formularza****	
ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE			
Rodzaj udzielonego świadczenia**		Data udzielonego świadczenia**	
• Podstawowa opieka zdrowotna		Data początku*	
• Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		Data końca*	
• Leczenie stomatologiczne		Tryb przyjęcia**	
• Leczenie szpitalne		Nagły	
• Rehabilitacja lecznicza		Planowy	
• Ratownictwo i transport medyczny			
• Świadczenia odrębnie kontraktowane			
• 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			
Zaleczone 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	został blankietu	Nazwa i nr kontrolującego	data przeprowadzenia kontroli	tytuł pokwitowań od Nr do Nr

**UWAGA!** Kwitariusz powinien być zrezerwowany w stanie nie czyszczonej.

<b>POKWITOWANIE</b>	Pacjent: _____ adres: _____ Nr konta: _____ Nazwa nadzorczej: _____ data: _____ rok: _____ miesiąc: _____ dzień: _____	NIP: _____ seria: <b>Nr 630001</b> TF: _____ Naz. obywat.    Naz. kraj.    Za zwoln.    Karty egz.    RAJZEM    pismem
<b>POKWITOWANIE</b>	Pacjent: _____ adres: _____ Nr konta: _____ Nazwa nadzorczej: _____ data: _____ rok: _____ miesiąc: _____ dzień: _____	NIP: _____ seria: <b>Nr 630002</b> TF: _____ Naz. obywat.    Naz. kraj.    Za zwoln.    Karty egz.    RAJZEM    pismem
<b>POKWITOWANIE</b>	Pacjent: _____ adres: _____ Nr konta: _____ Nazwa nadzorczej: _____ data: _____ rok: _____ miesiąc: _____ dzień: _____	NIP: _____ seria: <b>Nr 630003</b> TF: _____ Naz. obywat.    Naz. kraj.    Za zwoln.    Karty egz.    RAJZEM    pismem
<b>POKWITOWANIE</b>	Pacjent: _____ adres: _____ Nr konta: _____ Nazwa nadzorczej: _____ data: _____ rok: _____ miesiąc: _____ dzień: _____	NIP: _____ seria: <b>Nr 630004</b> TF: _____ Naz. obywat.    Naz. kraj.    Za zwoln.    Karty egz.    RAJZEM    pismem
<b>POKWITOWANIE</b>	Pacjent: _____ adres: _____ Nr konta: _____ Nazwa nadzorczej: _____ data: _____ rok: _____ miesiąc: _____ dzień: _____	NIP: _____ seria: <b>Nr 630005</b> TF: _____ Naz. obywat.    Naz. kraj.    Za zwoln.    Karty egz.    RAJZEM    pismem



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.	

11

I.

OŚWIADCZAM, ŻE W DNIU ..... O GODZINIE .....

- NIE ZOSTAŁEM PRZYJĘTY PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO W PRZYCHODNI

.....  
(nazwa i adres poradni)

- ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O BRAKU MOŻLIWOŚCI REALIZACJI WIZYTY DOMOWEJ PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO Z PORADNI:

.....  
(nazwa i adres poradni)

.....  
(Imię i nazwisko osoby wzywającej lekarza)

II.

Zespół ratownictwa medycznego wezwany do poradni / do domu pacjenta posiadającego skierowanie do szpitala (lub inne).

Chory nie był w stanie zagrożenia życia - nie wymagał transportu ZRM.

Karta zlecenia wyjazdu nr ..... z dnia .....

Poradnia (nazwa i adres): .....

Imię i nazwisko lekarza kierującego: .....

Rozpoznanie na skierowaniu: .....

.....

Dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

.....

Numer ZRM ..... Podpis kierownika ZRM .....



PRZEKAZANIE ŚRODKA TRWAŁEGO		OT
Numeral	Data	
Nazwa		
Charakterystyka		
Dostawca - Wykonawca		I. Wartość z rozliczenia
NR i data dowodu dostawy		1. Wartość netto lub wyliczona
		2. Kwoty
		3. Kwoty
Miejsce użytkowania lub przechowywania		II. Wartość szacunkowa

Przedmiotowy przedmiotowy		Przebieg choroby, sposób leczenia lub inne dane dotyczące przebiegu choroby	
Leczenie			Wzrost
Termin		Data	
Symbol laboratoryjny		Stopień % umocnienia	
Numer identyfikacyjny		Kod	Wzrost
		Wzrost	Wzrost
Dokładność badania		Wzrost	

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA-PRZESUNIĘCIA ŚRODKA TRWAŁEGO		PT
NA PODSTAWIE		
ZNAK	Z DANA	IN
ŚRODEK TRWAŁY O NIZIE / OKREŚLONYCH DZIAŁACH		
NAZWA		
SYMBOL KLASYFIKACJI KODOWEJ		WARTOŚĆ POZIOMĄ
NUMER INWENTARZOWY		UMOCNIENIE
PRZEKAZUJĄCY	ILEŚĆ ZAKAZNIKÓW	PRZYJMĄCY
DATA		

CHARAKTERYSTYKA			
WARTOŚĆ POZIOMĄ UMOCNIENIA	IN		P INIA
	KODY		WZROST
SYMBOL KLASYFIKACJI KODOWEJ	NUMER INWENTARZOWY		STOPA % UMOCNIENIA
			STANOWISKO EDUKACYJNE
WZROST KODOWY	KSIĘGOWOŚĆ ANALITYCZNA		KSIĘGOWOŚĆ SYNTEZOWA

PKC 158 (2017) 0-0/05-1/23

Dział - Wydział		<b>Zmiana miejsca użytkowania</b>				MT	
		(rodka trzeciego				MN	
		przełomu następnego					
Dnia .....		r. przeniesiono		Nr inwentarzowy .....			
Pozost. stanowiący							
Uzasadnienie							
Jedn. miary		Ilość		Cena		Wartość	
Przeniesiono				Kolegowość (stanowiąco kosztów)			
skąd							
dokąd							
Zdał		Przejął		Przyjął		Kod	
Data	Podpis	Data	Podpis	Data	Podpis	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, pielęgniarke 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 pielęgniarkei 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, pielęgniarke 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 pełnoletniości zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.





Ocena dysponenta zespołów ratownictwa medycznego właściwego dla danego zespołu zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego: 10

Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego/podpis)

Ocena upoważnionego przez marszałka województwa lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

Lekarz upoważniony przez marszałka województwa

(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego/podpis)





<b>ZAWIADOMIENIE</b>		Załącznik nr 4
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego		
na podstawie § 16 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740)		
Oznaczenie dysponenta ZRM: WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI 91-202 ŁÓDŹ, UL. WARECKA 2 TEL. (42) 636-15-65; FAX: (42) 636 14 19	Do zlecenia wyjazdu nr: ..... Wiek pacjenta ..... lat Rodzaj ZRM (S/P) ..... Pleć (K/M) ..... Data realizacji wezwania (dd-mm-rrrr) .....	
Nazwisko i imię pacjenta:	Pięczęc podmiotu leczniczego, do którego przetransportowano pacjenta	Godzina dotarcia do podmiotu leczniczego
		:
		Łączny czas trwania przymusu bezpośredniego <b>min</b>
<b>Podjęto decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego</b> , wobec osoby, która:		
<input type="checkbox"/> dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby <input type="checkbox"/> dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu <input type="checkbox"/> w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu		
Godzina zastosowania przymusu bezpośredniego (gg:mm):		<input type="checkbox"/> Powiadomiono dyspozytora medycznego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego
:		
<b>Imiona i nazwiska osób wykonujących przymus bezpośredni</b>		
<b>Zespół</b>	<b>Zastosowano przymus bezpośredni polegający na:</b>	
Specjalistyczny	Podstawowy	<input type="checkbox"/> przytrzymaniu – doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej <input type="checkbox"/> unieruchomieniu – obezwładnieniu osoby z użyciem:
		<input type="checkbox"/> pasów <input type="checkbox"/> uchwytów <input type="checkbox"/> przescieradeł <input type="checkbox"/> kaftana bezpieczeństwa <input type="checkbox"/> innych urządzeń technicznych
		<input type="checkbox"/> przymusowym podaniu leków:
		<input type="checkbox"/> doraźnie <input type="checkbox"/> przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniu leków do organizmu osoby – bez jej zgody
<b>Przebieg zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym oznaczenie, czy pacjent (pacjentka):</b>		
<input type="checkbox"/> szarpie się (uderza) <input type="checkbox"/> wykrzykuje <input type="checkbox"/> spokojny/a (śpi) <input type="checkbox"/> płacze <input type="checkbox"/> śmieje się <input type="checkbox"/> śpiewa <input type="checkbox"/> mamrocze <input type="checkbox"/> bez zaburzeń psychicznych <input type="checkbox"/> otrzymał/a płyny <input type="checkbox"/> oddał/a mocz (stolec) <input type="checkbox"/> chwilowe zwolnienie <input type="checkbox"/> inne .....		
<input type="checkbox"/> Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego nastąpiło w obecności zespołu ratownictwa medycznego. <input type="checkbox"/> Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty.		
<b>Skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta/ki:</b>		
<input type="checkbox"/> nie miał wpływu <input type="checkbox"/> miał wpływ (jaki) .....		
<b>Przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego na żądanie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy udzielała</b> (podać dane identyfikacyjne):		
<input type="checkbox"/> jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne ..... <input type="checkbox"/> Policja ..... <input type="checkbox"/> Państwowa Straż Pożarna .....		
Uwagi:		Podpis i pieczęć kierownika ZRM podejmującego decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

r.	nazwa komórki organizacyjnej											Podpis kierownika kom. org.
	m.c.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
20												
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												
Symbol dni												X
Razem dni	C	Ć	K	M	P	S	O	R	U	N	W	

21

Razem spóźnienia: usprawiedliwione - min. .... nie usprawiedliwione - min. ....

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

22

Przebieg choroby: \_\_\_\_\_ 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 _____																																
Nočna	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		_____ podoba propozycje

MuSiP-0 WPNPZ tel. fax (032) 256-77-02

23

1	2	Symbol cyfr dok.	3	Rw rozchód wewnątrzny	4	Wykonuje: (dla kogo)	5	Nr dokumentu wariantal	6	Symbol mag.	7	Nr magazynowy dok.
8	Nazwa wyrobu - zespołu - części - recept.			9	Numer rysunku - wyrobu - zespołu - części - recept.			10	Symbol cyfr - wyrobu - zespołu - części - recept.			
11	Poleć określenie materiału			numer normy	12	KTM - symbol indeksu			13	l.m.	14	Cena za j.m.
15	Norma zużycia na			16			Wymiar materiału wyjśc.			17	Wym. elem. wyjśc. (przygot.)	
18	ilość	j.m.	brutto	element wyjśc. (przygot.)	netto	20			Złocenie			
19	ilość	Wydano	materiał	wartość	zł	gr	m.c	nr	szk.	ilość mat.	j.m.	
Wydawca		data	Pobrał	data	21	ilość po wydaniu (stary)	22	lp. zap.	23			
25	Wystawa			25	Zatwierdził							

MuSiP-0 WPNPZ tel. fax (032) 256-77-02

24

Wydział - Oddział	K-to kosztów	K-to wyłtz.	Nr zlecenia	<b>Rw</b> Pobranie materiałów wielopoz.	Nr bieżący Rw	Egz.				
Wydział - Oddział			Dokład		Nr magaz. Rb	Data				
Nr indeksu materiałowego	Nazwa materiału	ILOŚĆ			Cena		Wartość		Konto symlet. mater.	Zapisa ilość
		zdana	j.m.	wydana	zł	gr	zł	gr		
Wystawa	Zatwierdził	wydawca	MAGAZYN		- pobrał		Ewidencja ilościowa - wartościowa			
			Data				Wycenił	Dziennik-konto-pozycja podpis		

MuSiP-0 WPNPZ tel. fax (032) 256-77-02

<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: .....																															
Data wystawienia zlecenia	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu																														
<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 ..... ..... <p style="text-align: right;">Pieczeńka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego          Narodowego Funduszu Zdrowia</p>
	<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 ..... <p style="text-align: right;">Data, pieczęć i podpis osoby realizującej zlecenie</p> 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) ..... <p style="text-align: right;">podpis osoby odbierającej***</p>
*** W przypadku osoby niewidomej formę potwierdzenia odbioru może być również faksemale podpisu złożony w obecności osoby wydającej wyświadczenie.	



## KARTA PRACY WYJAZDOWEGO ZESPOŁU SANITARNEGO TYPU "N"

Nr zlecenia:				
Nazwa i adres Świadczeniocy				
Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi 91-202 Łódź, ul. Warecka 2				
Pacjentka / podopieczna wyjazdowego zespołu sanitarnego typu "N"				
Nazwisko dziecka	Pec* M K K Inne nazki			
Adres i telefon rodziców				
Płeć matki/dziecka*				
Masa urodzeniowa (g):	Tyż. ciąży: Data ur. (dzień):			
Masa aktualna (g):	Agar: Godz. urodzenia (gmin):			
Miejsce wezwania (transport z)				
Miejsce przewozu (transport do)				
Stacja	Stacja			
Oddział:	ODM/DITN <input type="checkbox"/> Pat. Noworodka <input type="checkbox"/> Neonatologii <input type="checkbox"/>			
Rożnowanie	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 przewozu:	Na godz.:			
Przebieg ciąży:				
Przebieg porodu:				
Aktualny stan noworodka:				
Stan zastany w oddziale wzywającym				
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"/>	Vi K .....ml	Dotry <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	P:	Kanula peplowa* Z T	Glukoza .....%	Sretni <input type="checkbox"/>
AMBU <input type="checkbox"/>	Ti:	Intubacja w ..... Min <input type="checkbox"/>	8,4% NaHCO <sub>3</sub> .....ml	Ciepło <input type="checkbox"/>
Termoterapia <input type="checkbox"/>	PEEP:	Głębokość nurka	Antybiotyki .....mg	Aponalhy <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/analgezyja	Ciepłota ciała pr .....°C	Stabilny <input type="checkbox"/>
Termoterapia <input type="checkbox"/>	Kanula peplowa* Z T		Ciepłota ciała	Poprawna <input type="checkbox"/>
CPAP <input type="checkbox"/>	Intubacja w ..... Min <input type="checkbox"/>	Katecholaminy	Saturacja	Prógryszenie <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"/>
Ti <input type="checkbox"/>	Uwagi:			Rentgenogramy <input type="checkbox"/>
PEEP <input type="checkbox"/>				Kontak z matką <input type="checkbox"/>
PIP <input type="checkbox"/>				
Oddział docelowy		Godziny	godz./min	
Ciepłota ciała pr .....°C:		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		
Podopieczna/pacjentka:		Przyjazd do bazy lub następnego wyjazdu		
Kierowca:		Ułójce sygnałów świetlnych i dźwiękowych TAK/NIE*	liczba km.....	

\* - niepotrzebne skreślić











**DZIENNIK PRACY**  
stacji pogotowia ratunkowego





WZC 0010

KSIEGA  
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:



	<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:  Zamawiający:	Adresat :   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.				

Uwagi: Prosimy o potwierdzenie ZAPOTRZEBOWANIA MATERIAŁOWO/ SPRZĘTOWEGO z podaniem terminu realizacji.  
 Prosimy o załączenie: atestów /deklaracji zgodności /kart gwarancyjnych /świadectw kontroli jakości /DTR\*, inne

Potwierdzenie osoby realizującej:  ..... (data potwierdzenia przyjęcia i zamówienia) (podpis)   ..... (data realizacji zamówienia) (podpis)	Zamawiający :  ..... (data i podpis zamawiającego)   ..... (data i podpis zatwierdzającego)
--	--

\* niepotrzebne skreślić


	<b>Formularz</b>		pieczęć komórki organizacyjnej
	WSRM-7-05-00-05 (ver.1)	03.08.2016	Strona 1 z 2
<b>Karta Pacjenta</b> historia zdrowia i choroby			
Dane rejestratora medycznego/pielęgniarki	ID pacjenta (lub nr wpisu do Księgi)	ZŁOŻENIE PACJENTA ZARĘBOWANO  (data) (godz.)	
Powód zgłoszenia (informacja od pacjenta)			

## DANE PACJENTA

Nazwisko i imię		Płeć	Seria i nr dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania	nr kodu pocztowego, miejscowość		PESEL (lub data ur.)
ulica, nr domu i mieszkania			Województwo
gmina / powiat			Kraj
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE			BRAK UBEZPIECZENIA
			Kwota do zapłaty _____ , _____ zł.
			Pobrano opłatę TAK NIE
			Wystawiono fakturę _____
DANE OPIEKUNA USTAWOWEGO LUB FAKTYCZNEGO (w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażania woli)		Nazwisko i imię	
Adres zamieszkania		Nr dokumentu tożsamości	


## OŚWIADCZENIE PACJENTA DOTYCZĄCE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam następującą osobę		Data _____ _____ podpis pacjenta
Do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam następującą osobę		Data _____ _____ podpis pacjenta
Pacjent nie wskazuje osoby upoważnionej	Data _____ _____ podpis pacjenta	podpis pracownika medycznego

	<b>Formularz</b> WSRM-7-05-00-05 (ver.1)      03.08.2016      Strona 2 z 2		Data, godz. rejestracji
	<b>Karta Pacjenta</b> historia zdrowia i choroby		Nr wpisu do Księgi
DANE PACJENTA (nazwisko, imię, wiek)			ID pacjenta
WYWIAD (od pacjenta lub opiekuna)			
BADANIE LEKARSKIE (przedmiotowe)			
WYKONANE BADANIA DIAGNOSTYCZNE (rodzaj, wynik, opis)			
ROZPOZNANIE (zasadnicze, współistniejące)			ICD 10
LECZENIE /RODZAJ UDZIELONEJ POMOCY		Podano: (leki, dawki)	
		ANATOKSYNA P/TEŻCOWA (nr serii i dawka)	
WYDANO		Otrzymałem/am (wybrać zakres mający zastosowanie):	
Skierowanie do szpitala		<input type="checkbox"/> Kartę informacyjną <input type="checkbox"/> Skierowanie do szpitala <input type="checkbox"/> Wynik RTG <input type="checkbox"/> Receptę <input type="checkbox"/> Druk zwolnienia lekarskiego – ZUS ZLA	
Zalecenia			
Recepta: (nazwa leku, dawkowanie)		Potwierdzam treść wywiadu	
Zwolnienie lekarskie		podpis pacjenta/opiekuna _____ _____ _____	
Wykonane procedury medyczne (ICD 9)	WYCENA	<input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na proponowane leczenie podpis pacjenta _____ _____ _____ Pieczęć i podpis lekarza	



30

	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				





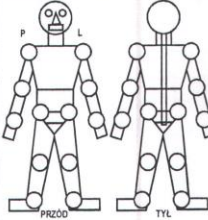
## KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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

## I - WYWIAD

	<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"/>

## II - BADANIE

<b>GLASGOW-COMA-SCALE</b> <b>OTWIERANIE OCZU</b> spontaniczne .....4 na głos .....3 na ból .....2 brak .....1 <b>REAKCJA SŁOWNA</b> zorientowany .....5 spłątany .....4 niewłaściwe słowa .....3 niezrozumiałe dźwięki .....2 brak .....1 <b>REAKCJA RUCHOWA</b> wykonanie polecenia .....6 lokalizacja bólu .....5 ucieczka od bólu .....4 zgięciowa .....3 wyprostna .....2 brak .....1 <b>SUMA</b> ..... <input type="text"/>	<b>RTS</b> <b>CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW</b> 10-29 .....4 >29 .....3 6-9 .....2 1-6 .....1 Brak .....0 <b>CISNIENIE SKURCZOWE</b> >99 .....4 76-89 .....3 50-75 .....2 1-49 .....1 0 .....0 <b>GCS</b> 13-15 .....4 9-12 .....3 6-8 .....2 4-5 .....1 3 .....0 <b>SUMA</b> ..... <input type="text"/>	<b>UKŁAD ODDECHOWY</b> częstość oddechów <input type="text"/> /min duszność <input type="T"/> <input type="N"/> sinica <input type="T"/> <input type="N"/> bezdech <input type="T"/> <input type="N"/> szmer prawidł. <input type="T"/> <input type="N"/> furczenie <input type="T"/> <input type="N"/> świsły <input type="T"/> <input type="N"/> trzaskanie <input type="T"/> <input type="N"/> rzęzenie <input type="T"/> <input type="N"/> brak szmeru <input type="T"/> <input type="N"/> inne <input type="T"/> <input type="N"/> Saturacja <input type="text"/> %	<b>ŻRENIĘ</b> Reakcja na światło: L P prawidłowa <input type="T"/> <input type="N"/> powolna <input type="T"/> <input type="N"/> brak <input type="T"/> <input type="N"/> szerokość: normalna <input type="T"/> <input type="N"/> wąska <input type="T"/> <input type="N"/> szeroka <input type="T"/> <input type="N"/> <b>CISNIENIE TĘTNICZE</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg <b>TĘTNO</b> miarowe <input type="checkbox"/> <input type="text"/> /min niemiarek	 Przed: L P Tył: L P <input type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> Złamanie otwarte <input type="checkbox"/> Złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwichnięcie <input type="checkbox"/> S Siłczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok 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"/> <input type="text"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> <input type="text"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> <input type="text"/> oparzenie wżewne <small>Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy łepki z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha amputacja kończyn powyżej kolana lub łokcia rozległe zmiażdżenia kończyn</small> <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyny lub miednicy
---	---	--	--	---

<b>OBJAWY</b> wstrząs <input type="T"/> <input type="N"/> NZK <input type="T"/> <input type="N"/> obj. oponowe <input type="T"/> <input type="N"/> drgawki <input type="T"/> <input type="N"/> afazja <input type="T"/> <input type="N"/> wymioty <input type="T"/> <input type="N"/> biegunka <input type="T"/> <input type="N"/> krwawienie <input type="T"/> <input type="N"/> obrzęki <input type="T"/> <input type="N"/> zasłabnięcia <input type="T"/> <input type="N"/> <b>INNE</b> cięża <input type="T"/> <input type="N"/> poród <input type="T"/> <input type="N"/> chor. zakaźna <input type="T"/> <input type="N"/>	<b>SKÓRA</b> Wygląd: normalna <input type="checkbox"/> blada <input type="checkbox"/> rumień <input type="checkbox"/> zażółcenie <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"/>	<b>JAMA BRZUSZNA</b> w normie <input type="checkbox"/> bolesność <input type="checkbox"/> palpacyjna <input type="checkbox"/> brak perystaltyki <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe <input type="checkbox"/> <b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b> w normie <input type="checkbox"/> spowolniały <input type="checkbox"/> pobudzony <input type="checkbox"/> agresywny <input type="checkbox"/>	<b>TONY SERCA</b> czystość <input type="checkbox"/> słumione <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> <b>NIEDOWŁAD / PORAZENIE</b> kończyna górna <input type="T"/> <input type="N"/> kończyna dolna <input type="T"/> <input type="N"/> <b>ZAPACH Z UST</b> rozpuszczalnik org. <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> <b>POZIOM GLUKOZY</b> <input type="text"/> mg% <input type="text"/> g/l	<b>EKG</b> Rytm zatokowy <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa <input type="checkbox"/> Migotanie / Trzęsotanie 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"/> Zawał <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	<b>OPIS</b>
--	---	--	--	---	-------------

## III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10
------	-----------	-----------	-----------

## IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

<b>CZYNNOŚCI</b> odsysanie <input type="checkbox"/> defibrilacja <input type="checkbox"/> kolierz <input type="checkbox"/> linia żył obw. <input type="checkbox"/> went. workiem <input type="checkbox"/> stymulacja zw. <input type="checkbox"/> deska ortoped. <input type="checkbox"/> linia żył cent. <input type="checkbox"/> runka UG <input type="checkbox"/> kardiowersja <input type="checkbox"/> materac prób. <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>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)</b>
<b>ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU</b>	

## V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

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

**Kiedy wezwać zespół ratownictwa medycznego?**

Wzwanie zespołu ratownictwa medycznego powinno mieć miejsce **wyłącznie w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia. Zadzwoń pod numer 999 lub 112, jeśli wystąpi:**

- utrata przytomności,
- wypadek komunikacyjny, w którym są osoby poszkodowane,
- nagłe zaburzenia świadomości,
- nagłe osłabienie siły mięśniowej kończyn po jednej stronie, nagłe zaburzenia mowy,
- ból w klatce piersiowej,
- zaburzenia rytmu serca,
- nasiloną duszność,
- nagły, bardzo silny ból brzucha,
- uporczywe wymioty, zwłaszcza z domieszką krwi,
- masywne krwotok z przewodu pokarmowego,
- masywne krwotok z dróg rodnych,
- gwałtownie postępujący poród,
- ostre nasilonie reakcje uczuleniowe (masywna, postępująca wysypka, duszność), będące efektem zażycia leku, ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta,
- zatrucia lekami, środkami chemicznymi czy gazami,
- rozległe oparzenia, udar cieplny lub wyziębienie organizmu,
- porażenie prądem,
- podtopienie lub utonięcie,
- agresja spowodowana chorobą psychiczną,
- dokonana próba samobójcza,
- upadek z dużej wysokości,
- rozległa rana, będąca efektem urazu,
- drgawki,
- urazy kończyny dolnej, uniemożliwiające samodzielne poruszanie się.

W pozostałych przypadkach należy zgłosić się do lekarza POZ -

w dni powszednie w godz. 8<sup>00</sup> - 18<sup>00</sup>

Po godzinie 18.00 do 08.00 lub w dni wolne od pracy, można skorzystać z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, gdzie udzielane są porady lekarskie,

a w sytuacjach tego wymagających także wizyty domowe:

Aleksandrów Łódzki, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1 tel. 42 717 15 64

Głowno, ul. Kopernika 19 tel. 42 717 15 64

Ozorków, ul. Spokojna 10 tel. 42 717 15 64

Zgierz, ul. Parzęczewska 35 tel. 42 717 15 64

Skierniewice, ul. Sobieskiego 4 tel. 46 834 08 95, 691 800 445 lub 511 906 447

Łódź-Śródmieście ul. Sienkiewicza 137/141 tel. 42 637 64 10

Łódź-Górna, ul. Rzgowska 281/289 tel. 42 687 50 54, 691 961 884

Łódź-Widzew, ul. Puskina 18 tel. 42 239 84 52, 534 999 003

Łódź-Bałuty, ul. Zdzisława Studzińskiego 61 tel. 42 657 41 25, 510 935 692

Łódź-Polesie, ul. Bałanów Chłopskich 14 tel. 42 681 20 19, 510 935 691

**Pamiętaj!!!**

W razie wątpliwości skontaktuj się z dyspozytorem medycznym - tel. 999.

Nazwa Jednostki	Interna		Chir. Og.		Ortoped.	Kardiolog.		Neurochir.	OIOM	Neurolog.		Psychiatr.	
	K	M	K	M		K	M			K	M	K	M
Biegański													
Barlicki SOR-													
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 chir. dziec.													
Korczak													
Rydygier	Pol.		OCP	Gin.		CZMP	Pol.		OCP	Gin.			
IMP						MOPiT							









## 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****										
albo data i godzina znalezienia zwłok****										
7. Data urodzenia osoby zmarłej****										
<small>w poz. 7 godz. i min. oraz poz. 10-15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku</small>										
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	11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę****
1	szpital									
2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital									
3	dom									
4	inne									
13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****	14. Okres trwania ciąży w tygodniach****	12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****								
15. Punkty w skali Apgar****										
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  
Działu 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 <sup>wyuczony</sup> / <sub>wykonywany</sub> .....

ubezpieczony		nieubezpieczony		Symbol grupy produkcji i usług (wpisać odpowiednią cyfrę)		Grupa krwi	Rh
czynny	bierny	samo- płatny	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 kopiowym. CI-Pw-16.2 IMPAST 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

MSOy 24. Wskazka do historii choroby: **MSOy 24** (data: 03/2015, 26/07/22)

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

MSOy 24. Wskazka do historii choroby: **MSOy 24** (data: 03/2015, 26/07/22)

WKLADKA DO KARTY ZDROWIA DZIECKA  
 Obserwacja lekarza i pielęgniarki (profilaktyczno - leczniczej)

Data badania	Waga	Inne wskaźniki rozwoju	Wywiad, objawy, wyniki badań pomocniczych - rozpoznanie	Zlecenia

MZ/D-1a WYDZIAŁ PEDIATRII I ONKOLOGII PAŃSZKOWSKA 5, 20-031 ŁÓDŹ

WKLADKA DO KARTY ZDROWIA DZIECKA  
 Obserwacja lekarza i pielęgniarki (profilaktyczno - leczniczej)

Data badania	Waga	Inne wskaźniki rozwoju	Wywiad, objawy, wyniki badań pomocniczych - rozpoznanie	Zlecenia

**KSIĄŻKA  
GABINETU  
ZABIEGOWEGO  
INTERNA**







**KARTA CHOROBY  
PORADNI STOMATOLOGICZNEJ**

(pieczęćka 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	

Stan jamy ustnej

Informacje uzupełniające:

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

Migdałki .....

Higiena .....

Liczba zębów mlecznych		Liczba zębów stałych	
Liczba zębów mlecznych		Liczba zębów stałych	
Liczba zębów stałych		Liczba zębów stałych	

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

MiS/114 IMPACT Myslowice 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



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 .....



## KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

(numer kolejny badania .....)

Pieczęć podmiotu  
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

Rodzaj badania profilaktycznego	Wstępne (W); Okresowe (O); Kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M), badanie celowane (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)
Objęty opieką	pracownik (P); wykonujący pracę nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)

## I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko		
Identyfikator (numer PESFL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku - nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)		pleć M/K
Adres zamieszkania		kod pocztowy
Zawód wyuczony/ zawód wykonywany		

## II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa	
Adres	kod pocztowy

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów:

Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*	TAK	NIE							
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki	TAK	NIE							
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	TAK	NIE							
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki	TAK	NIE							

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pracy/odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktorskich

.....  
 .....

\*zgodnie z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

\* W razie braku skierowania od pracodawcy/placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktorskie

Nazwa i adres pracodawcy/ placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy/nauki	Okres zatrudnienia/nauki	Czynniki szkodliwe/ uciążliwe	Okres zatrudnienia/nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK	
a) stwierdzono chorobę zawodową?			jaka? ..... Nr z wykazu chorób zawodowych
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			kiedy? ..... z jakiego powodu? .....
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?			kiedy? ..... opis skutków zdrowotnych wypadku: .....
d) przyznano świadczenie rentowe?			kiedy? ..... z jakiego powodu? choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O)
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			kiedy? ..... stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności) .....

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**BADANIE PRZEDMIOTOWE\***

Wzrost		Masa ciała		Tętno		RR	
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak/nie	Orientacyjne pole widzenia		
Sluch	Szept UP ..... m,		UL ..... m				
Układ równowagi	Romberg ( )		Oczopląs: obecny/nicobecny				
		Norma	Patologia	Nie badano		Patologia (opis)	
Skóra							
Czaszka							
Węzły chłonne							
Nos							
Jama ustno-gardłowa							
Szyja							
Klatka piersiowa							
Płuca							
Układ sercowo-naczyniowy							
Jama brzuszna							
Układ moczowo-płciowy							
Układ ruchu							
Układ nerwowy							
Stan psychiczny							

\* Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku "v", przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**BADANIA POMOCNICZE**

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynnika narażenia

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji



Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**BADANIE PODMIOTOWE**

Skargi badanego(ej) .....

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu/choroby narządu głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo-płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry/uczulenia				
Choroby zakaźne/pasożytne				
Wywiad ginekologiczno-polożniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny <sup>1</sup>				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

<sup>1</sup> W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
			Tak	Nie	Opis - uwagi					
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(ey)? Jakiej? Kiedy?										
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?										
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?										

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....  
(podpis badanego)

.....  
(podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne: Nie  Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych Nie  Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań: .....

Rozpoznanie: .....

Zalecenia: .....

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej: .....

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**WYDANO ORZECZENIE O:**

- braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku .....
- braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich .....
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na stanowisku .....
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich .....
- utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy .....
  
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią uzasadniających:
  - a) przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
  - b) zmianę warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
  
- niezdolności badanego(ej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
  - szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
  - zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego
  - podejrzenie powstania choroby zawodowej
  - niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy
  
- potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego .....
- inne .....

UWAGI: .....

	dd	-	m-c	-	rok
Data wydania orzeczenia					
Data następnego badania					


(pieczętka i podpis lekarza)

- Badany(a) podmiot kierujący na badanie\* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do ..... w dniu .....
- Dokumentację medyczną wydano osobie badanej/przesłano do jednostki odwoławczej\* w dniu .....

\* Niepotrzebne skreślić

58

58

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

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

Podpis zdającego

Podpis przyjmującego

OKŁADKA

**DZIENNIK  
KORRESPONDENCYJNY**











nazwisko i imię

### KARTA PRACY

03

Grupa upos. \_\_\_\_\_ Dod. funkcz. zft. \_\_\_\_\_ Dod. za specj. \_\_\_\_\_ %  
 Zajęcie pierwsze \_\_\_\_\_ Zwykła \_\_\_\_\_ Rodzinna \_\_\_\_\_ % Dodatki rodzinne; zona, dzieci \_\_\_\_\_  
 drugie \_\_\_\_\_ Zniżka \_\_\_\_\_

Data	Styczeń			Luty			Marzec			Kwiecień			Maj			Czerwiec			
	pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		
		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.	
od	do	50%	100%	od	do	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			

63

nazwisko i imię

### KARTA PRACY

03

Grupa upos. \_\_\_\_\_ Dod. funkcz. zft. \_\_\_\_\_ Dod. za specj. \_\_\_\_\_ %  
 Zajęcie pierwsze \_\_\_\_\_ Zwykła \_\_\_\_\_ Rodzinna \_\_\_\_\_ % Dodatki rodzinne; zona, dzieci \_\_\_\_\_  
 drugie \_\_\_\_\_ Zniżka \_\_\_\_\_

Data	Styczeń			Luty			Marzec			Kwiecień			Maj			Czerwiec			
	pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		pracował	wykonano godz.		
		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.		norm.	godz. nadl.	
od	do	50%	100%	od	do	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			

**KARTA DROGOWA**  
 Seria:  Nr: **016001**

1.  2.

3. Samochód osobowy - specjalny - motocykl/tryl.  Rodzaj paliwa:   
 Rodzaj pojazdu:  Rodzaj nadwozia:   
 Ciężar:  Niemiecki:  Miejsce garazowania:

4. Nazwa i ul. kierowcy:  godz. start:  godz. jechać:  godz. przyjeźdź:  5. Wzrost kierowcy:

6.  6.1. Rodzaj samochodowy:  6.2. Rodzaj silnika:

8.  8.1. Złoty wyjazd:  8.2. Srebrny wyjazd:

9.

10.

11.

12.

13. **POWRÓT**

14. **WYJAZD**

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

71.

72.

73.

74.

75.

76.

77.

78.

79.

80.

81.

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.

96.

97.

98.

99.

100.

101.

102.

103.

104.

105.

106.

107.

108.

109.

110.

111.

112.

113.

114.

115.

116.

117.

118.

119.

120.

121.

122.

123.

124.

125.

126.

127.

128.

129.

130.

131.

132.

133.

134.

135.

136.

137.

138.

139.

140.

141.

142.

143.

144.

145.

146.

147.

148.

149.

150.

151.

152.

153.

154.

155.

156.

157.

158.

159.

160.

161.

162.

163.

164.

165.

166.

167.

168.

169.

170.

171.

172.

173.

174.

175.

176.

177.

178.

179.

180.

181.

182.

183.

184.

185.

186.

187.

188.

189.

190.

191.

192.

193.

194.

195.

196.

197.

198.

199.

200.

201.

202.

203.

204.

205.

206.

207.

208.

209.

210.

211.

212.

213.

214.

215.

216.

217.

218.

219.

220.

221.

222.

223.

224.

225.

226.

227.

228.

229.

230.

231.

232.

233.

234.

235.

236.

237.

238.

239.

240.

241.

242.

243.

244.

245.

246.

247.

248.

249.

250.

251.

252.

253.

254.

255.

256.

257.

258.

259.

260.

261.

262.

263.

264.

265.

266.

267.

268.

269.

270.

271.

272.

273.

274.

275.

276.

277.

278.

279.

280.

281.

282.

283.

284.

285.

286.

287.

288.

289.

290.

291.

292.

293.

294.

295.

296.

297.

298.

299.

300.

301.

302.

303.

304.

305.

306.

307.

308.

309.

310.

311.

312.

313.

314.

315.

316.

317.

318.

319.

320.

321.

322.

323.

324.

325.

326.

327.

328.

329.

330.

331.

332.

333.

334.

335.

336.

337.

338.

339.

340.

341.

342.

343.

344.

345.

346.

347.

348.

349.

350.

351.

352.

353.

354.

355.

356.

357.

358.

359.

360.

361.

362.

363.

364.

365.

366.

367.

368.

369.

370.

371.

372.

373.

374.

375.

376.

377.

378.

379.

380.

381.

382.

383.

384.

385.

386.

387.

388.

389.

390.

391.

392.

393.

394.

395.

396.

397.

398.

399.

400.

401.

402.

403.

404.

405.

406.

407.

408.

409.

410.

411.

412.

413.

414.

415.

416.

417.

418.

419.

420.

421.

422.

423.

424.

425.

426.

427.

428.

429.

430.

431.

432.

433.

434.

435.

436.

437.

438.

439.

440.

441.

442.

443.

444.

445.

446.

447.

448.

449.

450.

451.

452.

453.

454.

455.

456.

457.

458.

459.

460.

461.

462.

463.

464.

465.

466.

467.

468.

469.

470.

471.

472.

473.

474.

475.

476.

477.

478.

479.

480.

481.

482.

483.

484.

485.

486.

487.

488.

489.

490.

491.

492.

493.

494.

495.

496.

497.

498.

499.

500.

501.

502.

503.

504.

505.

506.

507.

508.

509.

510.

511.

512.

513.

514.

515.

516.

517.

518.

519.

520.

521.

522.

523.

524.

525.

526.

527.

528.

529.

530.

531.

532.

533.

534.

535.

536.

537.

538.

539.

540.

541.

542.

543.

544.

545.

546.

547.

548.

549.

550.

551.

552.

553.

554.

555.

556.

557.

558.

559.

560.

561.

562.

563.

564.

565.

566.

567.

568.

569.

570.

571.

572.

573.

574.

575.

576.

577.

578.

579.

580.

581.

582.

583.

584.

585.

586.

587.

588.

589.

590.

591.

592.

593.

594.

595.

596.

597.

598.

599.

600.

601.

602.

603.

604.

605.

606.

607.

608.

609.

610.

611.

612.

613.

614.

615.

616.

617.

618.

619.

620.

621.

622.

623.

624.

625.

626.

627.

628.

629.

630.

631.

632.

633.

634.

635.

636.

637.

638.

639.

640.

641.

642.

643.

644.

645.

646.

647.

648.

649.

650.

651.

652.

653.

654.

655.

656.

657.

658.

659.

660.

661.

662.

663.

664.

665.

666.

667.

668.

669.

670.

671.

672.

673.

674.

675.

676.

677.

678.

679.

680.

681.

682.

683.

684.

685.

686.

687.

688.

689.

690.

691.

692.

693.

694.

695.

696.

697.

698.

699.

700.

701.

702.

703.

704.

705.

706.

707.

708.

709.

710.

711.

712.

713.

714.

715.

716.

717.

718.

719.

720.

721.

722.

723.

724.

725.

726.

727.

728.

729.

730.

731.

732.

733.

734.

735.

736.

737.

738.

739.

740.

741.

742.

743.

744.

745.

746.

747.

748.

749.

750.

751.

752.

753.

754.

755.

756.

757.

758.

759.

760.

761.

762.

763.

764.

765.

766.

767.

768.

769.

770.

771.

772.

773.

774.

775.

776.

777.

778.

779.

780.

781.

782.

783.

784.

785.

786.

787.

788.

789.

790.

791.

792.

793.

794.

795.

796.

797.

798.

799.

800.

801.

802.

803.

804.

805.

806.

807.

808.

809.

810.

811.

812.

DOWÓD WPŁATY				
..... dnia ..... 200 ..... r.		<b>KP</b>		Nr
..... pieczęć				
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 .....	Kwotę powyższą otrzymałem .....
			poz. ....	..... podpis kasjera

Data	Czas pracy		razem godz.	w tym			godz. nocne	godz. zakadn	II zmiana	nr rej. samoch.	paliwo	
	od	do		norm.	50%	100%					oszcz.	prasp.
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>		
procenta %	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>		<b>suma</b>
<b>ROZLICZENIE WARUNKÓW PRACY</b>		
(obliczył)		(sprawdził)
<b>WYNIK PRACY</b>		
(obliczył)		(sprawdził)
<b>UWAGI</b>		
<b>KARTA PRACY KIEROWCY</b>		

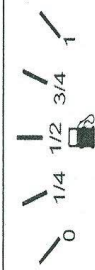


# Formularz

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

## ZLECENIE NAPRAWY NR

Grupa .....



Data .....

Marka ..... Nr.rejestr. .... Stan licznika / paliwa .....

Nr. Inwent. ....

## ZLECENIODAWCA

Zakres naprawy wg zleceniodawcy :

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

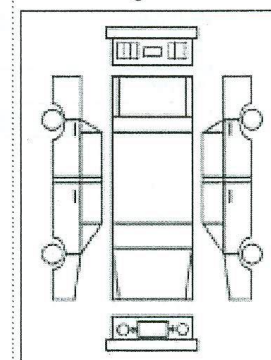
Data zakończenia .....

Dodatkowe naprawy po weryfikacji SO lub SKP :

Odbiór samochodu i potw. wyk. naprawy  
Data .....

## STAN POJAZDU PRZYJMOWANEGO DO NAPRAWY

Uszkodzenia :



Podpis zleceniodawcy

Brygadziста

Pobrane części i materiały

Odbiór samochodu przez Dział Transportu  
Data .....

Wykonawca

Ilość Rbg

Razem rbg.

Podpis brygadzysty lub diagnosty



