

Oddział / komórka organizacyjna

Data:

STERYLIZACJA PAROWA / GAZOWA

Lp.	Rodzaj materiału	Ilość	Podpis osoby oddającej do ZCS	Podpis osoby przyjmującej w ZCS	Podpis osoby wydającej z ZCS	Podpis osoby odbierającej z ZCS

UWAGI:

Podpis pracowników ZCS:

NR CYKLU

Przyjmujący sprzęt:

Pakujący sprzęt:

Wyciągający ze steryl.:

Wydający:

Oddział / komórka organizacyjna

Data

STERYLIZACJA PAROWA

Lp.	Nazwa materiału	Ilość	Podpis osoby odbierającej do ZCS	Podpis osoby przyjmującej do ZCS	Podpis osoby wydającej z ZCS	Podpis osoby odbierającej z ZCS
1.	GUMKI					
2.	KOAGULACJE					
3.	KONTENER DUŻY					
4.	KONTENER MAŁY					
5.	MATERIAŁ OPATRUNKOWY					
6.	NAPĘD NEUROCHIRURGICZNY					
7.	NAPĘD ORTOPEDYCZNY					
8.	NARZĘDZIA ARTROSKOPOWE					
9.	NARZĘDZIA SPECJAL. N-CH					
10.	NARZĘDZIA SPECJAL. ORTOPEDYCZNE					
11.	NARZĘDZIA SPECJAL. CHIRURGICZNE					
12.	PAKIETY ZAWIJANE W SERWETY					
13.	RĘCZNIKI					
14.	SZCZOTKI					
15.	UCHWYT DO LAMPY					
16.	ZESTAW DO MYCIA					
17.	ZESTAW ŁĄCZNIKÓW					
18.	ZESTAW MISEK					
19.	ZESTAWY MAŁE SPECJALISTYCZNE					
20.	INNE					
21.	SPECJALISTYCZNE NARZĘDZIA ENDOSKOPOWE UROLOGICZNE					
22.	URS					
23.	MAŁE SPECJALISTYCZNE ZESTAWY UROLOGICZNE					
24.	NARZĘDZIA SPECJALISTYCZNE UROLOGICZNE					
25.	ZESTAWY ZAWIJANE W SERWETY					
26.	KONTENER DUŻY					
27.	CYSTOSCOPI					
28.	ROSZERZADŁA MET.					
29.	DRENY LCH					
30.	GŁOWICE					
31.						

UWAGI:

Podpis pracowników ZCS:

NR CYKLU

Przyjmujący sprzęt:

Pakujący sprzęt:

Wyciągający ze steryl:

Wydający

Oddział / komórka organizacyjna

Data

STERYLIZACJA GAZOWA

Lp.	Nazwa materiału	Ilość	Podpis osoby odbierającej do ZCS	Podpis osoby przyjmującej do ZCS	Podpis osoby wydającej z ZCS	Podpis osoby odbierającej z ZCS
1.	FOLIA					
2.	GŁOWA DO MOTORSYSTEMU					
3.	GRUSZKA					
4.	KABEL DO MOTORSYSTEMU					
5.	KOAGULACJA					
6.	LIGA SURE					
7.	NAPĘD NEUROCHIRURGICZNY					
8.	OBŁOŻENIE					
9.	OPTYKA CHIRURGICZNA					
10.	OPTYKA ORTOPEDYCZNA					
11.	POMPY CHIRURGICZNE					
12.	POMPY ORTOPEDYCZNE					
13.	SPECJAL.DRENY LAPAROSKOPOWE					
14.	SPECJAL.NARZĘDZIA CHIRURGICZNE					
15.	SPECJAL.NARZĘDZIA ARTROSKOPOWE					
16.	SPECJAL.NARZĘDZIA NEUROCHIRUR.					
17.	TERMOS					
18.	WORKI					
19.	INNE					
20.	ROZSZERZADŁA PLASTIKOWE					
21.	KIELISZKI DO URS					
22.	ELEKTRODA WOLFA DO URS					
23.	LITHOCLAST WOLF DO URS					
24.	HACZYKI DO LCH					
25.	KLIPSY DO LCH					

UWAGI:

Podpis pracowników ZCS:

NR CYKLU

Sokołowski 59B

Przyjmujący sprzęt:

Pakujący sprzęt:

Wyciągający ze steryl:

Wydający

Zleceniodawca

Zleceniobiorca

Specjalistyczny Szpital
im. dra Alfreda Sokołowskiego
58-309 Wałbrzych, ul. Sokołowskiego 4
ZAKŁAD CENTRALNEJ STERYLIZACJI
tel. 74/64-89-675/676
NIP 886-23-85-315 REGON 890047446-205

Załącznik do umowy

Wałbrzych, dnia _____

ZLECENIE

WYKONANIA STERYLIZACJI GAZOWEJ SPRZĘTU I MATERIAŁÓW MEDYCZNYCH

1. Zlecam wykonanie sterylizacji niżej wymienionego sprzętu i materiałów medycznych :

STERYLIZACJA NISKOTEMPERATUROWA TLENEK ETYLENU (EO) Temp.37°C / 55°C Czas sterylizacji 3 godz. / 1 godz. Czas degazacji 12 godz.					STERYLIZACJA NISKOTEMPERATUROWA TLENEK ETYLENU (EO) Temp.37°C / 55°C Czas sterylizacji 3 godz. / 1 godz. Czas degazacji 12 godz.				
PAKIETY ILOŚĆ SZTUK					PAKIETY ILOŚĆ SZTUK				
Lp	Nazwa sprzętów i materiałów medycznych	Mały	Średni	Duży	Lp	Nazwa sprzętów i materiałów medycznych	Mały	Średni	Duży

2. Oświadczam, że przekazuję w/w sprzęt i materiały medyczne po uprzedniej dezynfekcji, umyciu i wysuszeniu. Oświadczam, że przekazywany sprzęt i materiały medyczne przystosowane są do sterylizacji gazowej. Przyjmuję do wiadomości, że Zleceniobiorca nie odpowiada za szkody wynikłe z niewłaściwego zlecenia sposobu sterylizacji.

.....
(podpis Zleceniodawcy)

3. Potwierdzam, przyjęcie do sterylizacji gazowej sprzętu i materiałów medycznych wyszczególnionych w pkt.1

.....
(podpis upoważnionego pracownika Zleceniobiorcy)

4. Potwierdzenie wykonania sterylizacji gazowej w dniu.....

5. Ostatni test biologiczny z dnia

Otrzymano wynik ujemny (brak wzrostu bakterii)

.....
(podpis upoważnionego pracownika Zleceniobiorcy)

6. Potwierdzam odbiór sprzętu i materiałów medycznych po sterylizacji wyszczególnionych w pkt. 1 – sprzęt bez uszkodzeń oraz prawidłowego wyniku testu chemicznego.

.....
(podpis Zleceniodawcy)

Specjalistyczny Szpital
im. dra Alfreda Sokołowskiego
58-309 Wałbrzych ul. Sokołowskiego 4
ZAKŁAD CENTRALNEJ STERYLIZACJI
tel. 74/64-89-675/676
NIP 886-23-85-315 REGON 890047446-205

Wałbrzych, dnia

WYKONANIA STERYLIZACJI PAROWEJ SPRZĘTU I MATERIAŁÓW MEDYCZNYCH

[illegible]

(podpis Zleceniodawcy)

(podpis upoważnionego pracownika Zleceniobiorcy)

Otrzymano wynik ujemny (brak wzrostu bakterii)

(podpis upoważnionego pracownika Zleceniobiorcy)

(podpis Zleceniodawcy)

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Adres _____

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu (nazwa jednostki)

W _____ (adres)

oddział _____
(nazwa oddziału)

Rozpoznanie _____
(w języku polskim)

..... kod (ICD 10)

Termin uzgodnionego przyjęcia

pieczęć i podpis lekarza

Downloaded from <http://ajph.org/> at University of California, San Francisco on June 11, 2015

(miejscowość, data)

Data zgłoszenia się ze skierowaniem

Termin przyjęcia do Szpitala:

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent
(imię i nazwisko)

Data ur:

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:

czytelny podpis i pieczętka lekarza

dnia

200 г.

nazwa pracowni

NAZWA DISKOWI

freelance badania

lat

Adres

PESEL

telefon

(w języku polskim)

`kod(ICD10)`

Cel badania (uzasadnienie)

Badania dotychczas wykonane

czytelny podpis i pieczęć lekarza

Uwagi pracowni diagnostycznej:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Wyznaczony termin badania

czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej



SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

2-54 Druk: **SIDIGRAF** 58-141 Staszewice, tel. (074) 855-79-00, tel./fax (074) 855-79-02

pieczęć zakładu opieki społecznej lub
lekarza prywatnie praktykującego,
przeprowadzającego badanie profilaktyczne
(numer identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do przepisów art. 43 pkt 2 oraz art. 229 § 4 Kodeksu pracy - orzeka się, że:

Pan(i) (imię i nazwisko)

urodzony(a) dnia miesiąca roku

zamieszkały(a) w

zatrudniony(a) / przyjmowany(a) do pracy*

w
(nazwa i adres zakładu pracy/pracodawcy)

na stanowisku / na stanowisko

1. Wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - zdolny(a) do wykonywania pracy na ww. stanowisku*
Data następnego badania okresowego

2. Wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny(a) do podjęcia / wykonywania pracy na ww. stanowisku*

3. Wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił(a) zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy* z dniem

* niepotrzebne skreślić

....., dnia r.

pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

POUCZENIE

Osoba zainteresowana i pracodawca otrzymujący zaświadczenie lekarskie – w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia – może wystąpić w okresie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane w ośrodku medycyny pracy – do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

podzupieć jednostki kierujacej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

dnia 200 r.

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezenie chorego(ej) _____, lat _____

Adres

PESEL _____ telefon _____

Rozpoznanie _____
(w języku polskim)

kod(ICD10) _____

Stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

* właściwe zamoczyć znakiem „N”

Z

(nazwa jednostki, adres)

w dniu o godzinie

w pozycji

(naziv i jedinstveni adres)

Cel przewozu

1. Konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	*
2. Potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	*
3. Dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	*
4. Inne wyżej nie wymienione	*

* właściwe zamaczyć znakiem „X”

Pouczenie dla ubezpieczonego

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

2. konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;

I stopień niepełności - udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;

II stopień niesprawności - udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

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

Podpisa ubezpieczającego

Podpis i pečatka lekarnu

pieczęć jednostki wykonującej świadczenie,
adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



300 610101

100 610101

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO / POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie: (wg ICD-10)

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

1. wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej

(specjalność)

2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej

(specjalność)

3. wydano skierowanie na hospitalizację*

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki

2. w zakresie farmakoterapii

3. inne

* potrzebne zakreślić

podpis i pieczęć wykonującego świadczenie

KARTA DEPOZYTOWA RZECZY WARTOŚCIOWYCH I DOKUMENTÓW PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:

Data i godzina przyjęcia do szpitala:

Numer księgi głównej:

Nazwa oddziału:

Lp.	Rodzaj depozytu
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Data i czytelny podpis pielęgniarki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć

Data i czytelny podpis pielęgniarki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć

Data i czytelny podpis osoby przekazującej depozyt do Szpitalnego Oddziału

Ratunkowego/Izby Przyjęć

**POTWIERDZENIE WYDANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH I DOKUMENTÓW
PACJENTOWI:**

Data wydania rzeczy:

Godzina wydania rzeczy:

Seria i numer dowodu osobistego pacjenta:

Podpis pacjenta (imię i nazwisko):

**POTWIERDZENIE WYDANIA RZECZY WARTOŚCIOWYCH I DOKUMENTÓW
OSOBIE UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA:**

Data wydania rzeczy:

Godzina wydania rzeczy:

Seria i numer dowodu osobistego pacjenta*:

Seria i numer dowodu osobistego osoby upoważnionej przez pacjenta:

Podpis osoby upoważnionej przez pacjenta (imię i nazwisko):

*) W przypadku braku dowodu osobistego pacjenta należy wpisać „brak dokumentu”

**KARTA PRZEKAZANIA DOKUMENTÓW I RZECZY
(M. IN. LEKÓW) PACJENTA W PRZYPADKU PACJENTA WYPISANEGO ZE SZPITALA
LUB PRZEKAZANEGO DO INNEJ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ SZPITALA
LUB POZA SZPITAL LUB ZGONU PACJENTA**

Imię i nazwisko pacjenta

Data i godzina przekazania

Data zgonu pacjenta

Numer księgi głównej

Nazwa oddziału

Lp.	RODZAJ DOKUMENTÓW I RZECZY (M. IN. LEKÓW)	ILOŚĆ
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		

UWAGA: w karcie dodatkowo należy wpisać leki własne pacjenta.

Czytelny podpis (osoba wydająca)

Czytelny podpis (osoba pośrednicząca)

Czytelny podpis (osoba odbierająca)*

Seria i numer dowodu osobistego osoby odbierającej*

*w przypadku ZGONU PACJENTA należy wpisać serię i numer dowodu osobistego osoby odbierającej

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Pieczęć jednostki organizacyjnej służby
medycyny pracy
(statystyczny numer identyfikacyjny REGON)

NZOS „PRZYCHODNIA WZYSZTOF”
PORADNIA MEDYCYNY PRACY
ul. Ulmowskiego 10, 58-300 Wałbrzych
tel. 074 8430 641, fax 074 8430 621
REGON 6940338087 NIP 8861075305

Zaświadczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego, stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych (Dz. U. Nr 234, poz. 1975), stwierdzono, że:

Pan(i) _____
(imię i nazwisko)

Nr PESEL _____

zamieszkały(a) w _____

zatrudniony(a)/ubiegający(a) się * o zatrudnienie

w _____
(nazwa, siedziba i adres albo adres siedziby przedsiębiorcy)

58-309 WAŁBRZYCH

na stanowisku _____

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - zdolny(a) do podjęcia/wykonywania* prac w procesie produkcji i w obrocie żywnością

Data następnego badania _____

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny(a) do podjęcia/wykonywania* prac w procesie produkcji i w obrocie żywnością

a) trwale

b) czasowo na okres _____

Data następnego badania _____

_____, dnia ____ r.

POUCZENIE:

Osoba zainteresowana/przedsiębiorca otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy zaświadczenie zostało wydane po raz pierwszy w tym ośrodku - do jednostki badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.*

Zaświadczenie zostało wydane w wyniku ponownego badania.*

* Niepotrzebne skreślić.

BADANIE PROFILAKTYCZNE
przeprowadzili

lek. med. _____
02.08.2003
przeprowadzające badanie

8074721906

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a

zam.

PESEL:

legitymujący/a się dowodem osobistym: seria numer
(wpisać dane w przypadku braku numeru pesel)

Korzystałem/am ze świadczeń medycznych udzielonych w trybie nagłym, w momencie udzielania pomocy medycznej nie posiadałem/am dokumentów potwierdzających moje prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym zobowiązuję się w terminie do 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej lub w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia hospitalizacji dostarczyć do Specjalistycznego Szpitala im. Dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu - aktualnego dokumentu potwierdzającego moje ubezpieczenie zdrowotne tj.:

- Aktualną legitymację ubezpieczeniową w przypadku osób pracujących,
- Legitymację ubezpieczeniową dla członków rodziny pracownika w przypadku dzieci lub innego członka rodziny pracownika,
- Legitymację ubezpieczeniową rencisty, emeryta.
- W przypadku rolników - aktualne zaświadczenie KRUS,
- W przypadku osób niepracujących - aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy, potwierdzające zarejestrowanie osoby jako bezrobotnej.

Inne osoby niż ubezpieczeni - decyzja wójta, burmistrza, prezydenta. (art. 7 ust. 2, art. 54 ust. 1, 4, 7 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

W przypadku nie dostarczenia dokumentów w wyznaczonym terminie, zobowiązuję się pokryć koszty mojego leczenia w Specjalistycznym Szpitalu im Dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

(Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Upoważniam Specjalistyczny Szpital im. Dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu.

.....
data

.....
podpis

Wydział - Dział		Konto kosztów	Konto wydziału	Nr zlecenia		Rw Pobranie materiałów		Nr bieżący Rw		Egz.
Data		Skąd		Dokąd				Nr magazynowy Rw		
Nr indeksu materiałowego	Nazwa materiału	Ilość			Cena		Wartość		Konto syntet. mater.	Zapas ilość
		żądana	jedn. miary	wydana	zł	gr	zł	gr		
Wystawił	Zatwierdził	Wydal	Magazyn		Pobrał	Ewidencja ilościowo-wartościowa				
			Data			Wycenił	Dzień.-konto-pozyc. podpis			

K84 Druk: **STOLGRAF** 58-141 Stanowice

[illegible]

SPIS BIELIZNY

wydanej do pralni i szwalni w dniu

z oddziału

Nr porządk.	Nazwa przedmiotu	Oddano pralni segrega- torni	Wydano	
			segrega- torni	oddzia- łowi
1	Sukienka			
2	Bluzy			
3	Czapki płócienne			
4	Spodnie			
5	Spódnica			
6	Fartuchy dla lekarzy			
7	Fartuchy dla służby			
8	Firanki i rolety			
9	Kaftany przymusowe			
10	Kapa			
11	Kołdry			
12	Zmiana lekarska			
13	Koszule			
14	Maglowniki			
15	Piżama			
16	Obrusy			
17	Obruski			
18	Pieluchy barchanowe			
19	Pieluchy płócienne			
20	Podkłady			
21	Pokrowce na meble			
22	Podwijaczki dla dzieci			
23	Powłoczki			
24	Prześcieradła			
25	Ręczniki			
26	Serwetki			
27	Szmaty			
28	Mopy			
29	Materac			
30	Szlafroki			
31	Ścierki			
32	Ubrania dla starszych dzieci			
33	Worki			
34	Poszwa			
35	Koc			
36	Poduszka			
37	Wałek			
38				
39				
40				
41				
42				
		sztuk		
Razem		kg		

Podpis zdającego

Podpis przyjmującego

Uwaga: wypełniać długopisem lub ołówkiem kopiowym.

[illegible]

POKRYTOWANIE	Pan(i)													
	adres		NIP											
	Nr konta		Nazwa należności		Seria WA. Nr 7011101 ^a									
					pieczęć									
	data rok rata wpłacił słownie zł		Nal. zaległe	Nal. bież.	Odstęgi za zwłokę	Opłata prolongacyjna	Koszty upomnień	RAZEM						
												podpis groszy jak wyżej		
POKRYTOWANIE	Pan(i)													
	adres		NIP											
	Nr konta		Nazwa należności		Seria WA. Nr 7011102 ^a									
					pieczęć									
	data rok rata wpłacił słownie zł		Nal. zaległe	Nal. bież.	Odstęgi za zwłokę	Opłata prolongacyjna	Koszty upomnień	RAZEM						
												podpis groszy jak wyżej		
POKRYTOWANIE	Pan(i)													
	adres		NIP											
	Nr konta		Nazwa należności		Seria WA. Nr 7011103 ^a									
					pieczęć									
	data rok rata wpłacił słownie zł		Nal. zaległe	Nal. bież.	Odstęgi za zwłokę	Opłata prolongacyjna	Koszty upomnień	RAZEM						
												podpis groszy jak wyżej		
POKRYTOWANIE	Pan(i)													
	adres		NIP											
	Nr konta		Nazwa należności		Seria WA. Nr 7011104 ^a									
					pieczęć									
	data rok rata wpłacił słownie zł		Nal. zaległe	Nal. bież.	Odstęgi za zwłokę	Opłata prolongacyjna	Koszty upomnień	RAZEM						
												podpis groszy jak wyżej		
POKRYTOWANIE	Pan(i)													
	adres		NIP											
	Nr konta		Nazwa należności		Seria WA. Nr 7011105 ^a									
					pieczęć									
	data rok rata wpłacił słownie zł		Nal. zaległe	Nal. bież.	Odstęgi za zwłokę	Opłata prolongacyjna	Koszty upomnień	RAZEM						
												podpis groszy jak wyżej		

K - 103/a

300K 3 Kopie - biała
- wiośse
- żółte

ARKUSZ SPISU Z NATURY

druk ścisłego zarachowania nr

Rodzaj inwentaryzacji -

Sposób przeprowadzania -

(nazwa i adres jednostki inwentaryzowanej)

(imie i nazwisko osoby materialnie odpowiedzialnej oraz stanowisko służbowe)

Skład komisji inwentaryzacyjnej: (zespołu spisowego)

(Imię, nazwisko i stanowisko służbowe)

Inne osoby obecne przy spisie:

(Imię, nazwisko i stanowisko służbowe)

Spis rozpoczęto dn. o godz.

Spis zakończono dn. o godz.

Pole spisowe

[illegible]

Razem arkusz nr od poz. do poz.

Nie zgłaszam zastrzeżeń do ustaleń spisu z natury zawartych
w niniejszym arkuszu.

Podpis osoby odpowiedzialnej za spisane składniki

Wycenił (imię i nazwisko) (podpis)

Sprawdził
(imię i nazwisko) (podpis)

Podpisy członków komisji inwentaryzacyjnej
(zespołu spisowego):

Przewodniczący

Członkowie

KARTA DEPOZYTOWA ODZIEŻY

CZĘŚĆ I

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr worka:

Numer księgi głównej:

Data:

Pacjent (ka) oddał (a) do depozytu następujące rzeczy:

Nazwa odzieży	Ilość	Nazwa odzieży	Ilość
biustonosz		spodnie	
bluzka		spódnica	
getry		sukienka	
halka		szalik	
kalesony		sweter	
kamizelka		torba	
koszula		zakiet	
kurtka		inne:	
marynarka		inne:	
nakrycie głowy		inne:	
obuwie		inne:	
plaszcz		inne:	
rajtuzy		inne:	
rękawiczki		inne:	
skarpetki		inne:	

CZĘŚĆ II

Chory otrzymał w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Izbie Przyjęć:

podomkę	TAK ...	NIE ...
koszulę	TAK ...	NIE ...
spodnie od piżamy	TAK ...	NIE ...
bluza od piżamy	TAK ...	NIE ...

CZĘŚĆ III

Wykaz rzeczy pociętych i zanieczyszczonych:

1.
2.
3.
4.
5.

Zobowiązuję się do odebrania rzeczy zanieczyszczonych lub uszkodzonych w ciągu 7 dni od dnia przyjęcia do szpitala. Po tym terminie wyrażam zgodę na przekazanie ich do spalenia.

Podpis pacjenta: Podpis przyjmującego:

CZĘŚĆ IV

POTWIERDZENIE WYDANIA ODZIEŻY PACJENTOWI:

Data wydania rzeczy:

Godzina wydania rzeczy pacjenta:

Seria i numer dowodu osobistego pacjenta:

Podpis pacjenta (imię i nazwisko):

POTWIERDZENIE WYDANIA ODZIEŻY OSOBIE UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA:

Data wydania rzeczy:

Godzina wydania rzeczy:

Seria i numer dowodu osobistego pacjenta*:

Seria i numer dowodu osobistego osoby upoważnionej przez pacjenta:

Podpis osoby upoważnionej przez pacjenta (imię i nazwisko):

*) W przypadku braku dowodu osobistego pacjenta należy wpisać „brak dokumentu”

100% blonki

Nr 008001

Dowód sprzedaży KrD

Nr	Nr
stoiska	sprzedawcy
Nr kasy	Data

Suma

--

KrD Nr 008001

Dnia 200.... r.

Nazwa towaru - cecha	Ilość	Cena		Wartość	
		zł	gr	zł	gr
Nr	Nr	Suma			
stoiska	sprzedawcy				

.....
podpis

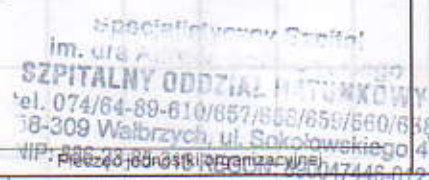
Zagiąć na linii perforacyjnej i pisać przez kalke

KrD Nr 008001

Dnia 200..... r.

Nazwa towaru - cecha	Ilość	Cena		Wartość	
		zł	gr	zł	gr
Nr stoiska	Nr sprzedawcy	Suma			

.....
podpis

 SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY tel. 074/64-89-610/657/658/659/660/661 10-309 Walbrzych, ul. Sokołowskiego 4 NIP: 886-28-85-85	2 Karta drogowa Nr 0289441 data _____ Seria KrR SM 101			
3 Samochód osobowy-specjalny-motocykl*) Nr rej. _____ Marka i typ _____ Pojemność cylindrów _____ Rodzaj paliwa _____ Rodzaj nadwozia _____ Grupa _____ Nr inwent. _____ Miejsce garażowania _____				
4 Nazwisko i imię kierowcy _____	godz. rozp. pracy _____	godz. uk. pracy _____	godz. pracy _____	5 Promień wyjazdu _____
6 Pojazd samochodowy sprawny do wyjazdu _____ (podpis) _____ (podpis kierowcy)				7 Kontrola drogowa
8 Zleca wyjazd _____ _____ (podpis)		Stwierdzono przyjazd _____ _____ (podpis)		
9 PALIWO				
Stan paliwa przy otrzymaniu karty _____	Pobrane			Stan paliwa przy zwrocie karty _____
	gdzie _____	Nr kwitu _____	Ilość _____	podpis wydającego _____
1	2	3	4	5
_____ (podpis)				10 podpis wystaw. kartę _____
_____ (podpis)				11 Norma zużycia paliwa na 100 km przebiegu _____
12 POWRÓT		1 Data _____	2 Godz./min. _____	3 Stan licznika _____
13 WYJAZD		14 WYNIKI		
15 Podpis kierowcy _____		16 Wyniki obliczył _____	17 Podpis kontr. wyniki _____	
18 Uwagi: W razie niemożności powrotu pojazdu w tym samym dniu do miejsca stałego postoju, to jest przy dalszych jazdach dysponujący pojazdem obowiązany jest codziennie odnotować w dziale 18 czas, to jest godzinę i minutę rozpoczęcia pracy (wyjazdu) i czas ukończenia (przyjazdu). W dziale 18 kierowca wpisuje uwagi o stanie technicznym pojazdu samochodowego, wydarzenia w drodze, opóźnienia, przestoje, zmianę ogumienia itp.				19 Deklaracja na wyjazd poza promień _____ Nr _____

*) niepotrzebne skreślić

wypełniać długopisem lub ołówkiem kopiowym

1		Nazwa i adres siedziby (nazwa i adres)		MIESIĘCZNA KARTA EKSPLOATACYJNA		20		SM 118		
2		Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokółowskiego SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY 58-309 Wałbrzych, ul. Sokółowskiego 4 NIP 886-23-85-315 REGON 890847446-30 tel. 074/64 89 659, fax 074/64 89 740		za m-c						
3		Samochód osobowy specjalny motocykl*) nr rej. _____ Marka i typ _____ Pojemność cyl. _____ cm ³ Rodzaj paliwa _____ Rodzaj nadwozia _____ Grupa _____ Nr inw. _____		4		Pojemność zbiornika _____		5		Norma zużycia paliwa na 100 km przebyt.
6		Kierowca		Wyniki pracy pojazdu		Zużycia paliwa				
Dz. m-ca		imię i nazwisko		ilość godzin pracy		przebieg km		wg norm po uwzgl. poprawek		oszczędność
1		2		3		4		5		6
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
		Do przeniesienia								

Dział/Oddział		ZLECENIE		Nr
		na pracę w godzinach nadliczbowych jednorazowe - wieloosobowe		
Proszę o zlecenie wymienionym drugostronnie osobom wykonanie następujących prac:				

w godzinach nadliczbowych w dniu _____ r. od godziny _____ do godziny _____ razem _____ godzin Uzasadnienie pracy w godzinach nadliczbowych _____				
Data	Wnioskujący	Kier. Dz.-Zatr. i Plac	Dyrektor	

(pieczęć zakładu)

(miejscowość)

....., dnia 199.....r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i Imię

data urodz..... nazwa i nr dowodu tożsamości¹⁾

zamieszkały(a)

Rozpoznanie²⁾

Cel wydania zaświadczenia

UWAGA:

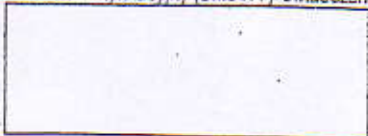
1) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

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

Mz/L-1

Pieczęć i podpis lekarza

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



.....dnia.....2004r.

SKIEROWANIE DO LABORATORIUM

.....

Proszę o wykonanie wymienionych niżej badań

u Pana(i)....., lat.....

Adres.....

PESEL .....

Badanie

1.....

2.....

3.....

4.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza

(podać daty przybycia i wyjazdu oraz liczbę noclegów bezpłatnych lub tańszych niż ryczałt).
Adnotacje te zaopatrzyć pieczęcią i podpisem.

pieczęć instytucji

or

z dnia

dla

imię i nazwisko

stanowisko służb, nr leg.

do

na czas od

do

w celu

Šrodek lokomocij

data

podpis złec. wyjazd

Proszę o wypłacenie zaliczki w kwocie zł/gr _____ słownie zł/gr _____

na pokrycie wydatków zgodnie z poleceniem wyjazdu służbowego nr

podpis delegowanego

Zatwierdzono na zł/gr słownie zł/gr

do wypłaty z sum

Część	Dział	Rozdz.	§	poz.

*) niepotrzebne skreślić

Konto		Nr dowodu
Wn	Ma	

data

podpisy zatwierdzających

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Numer ewidencyjny zlecenia

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI I ŚRODKI POMOCNICZE (Z WYŁĄCZENIEM ŚRODKÓW POMOCNICZYCH PRZYSŁUGUJĄCYCH COMIESIĘCZNIE)

pieczęć świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, adres, telefon; kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

I. Dane świadczeniobiorcy PESEL

W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a przypadku noworodka - data urodzenia.

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej/dodatkové uprawnienia

Nazwisko

Imię (Imiona)

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: Miejscowość:

Ulica nr domu m.

**KOD PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO (PO) /
ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)**

Określony w tabeli 1, 3 i 4 załącznika nr 1 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi dla przedmiotu ortopedycznego (PO)/środka pomocniczego (SP) z wykazu zawartego rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141) zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”

Liczba sztuk (PO) / (SP) Nazwa (PO) / (SP)

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze (PO) / (SP)

Soczewki okularowe korekcyjne

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

Rodzaj schorzenia- według klasyfikacji ICD-10

Dysfunkcja trwała

Dysfunkcja czasowa

Zaopatrzenie w (PO) / (SP):

prawostronne

lewostronne

nie dotyczy

Data wystawienia zlecenia

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

WYPEŁNIA UPRAWNIENY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZAR UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

WYPEŁNIA UPRAWNIENIY LECARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FETZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
	Numer ewidencyjny zlecenia	
	ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE „CZĘŚĆ A”	
	Polecenie świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, adres, telefon; kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy	
	I. Dane świadczeniobiorcy	PESEL
	W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a przypadku noworodka - data urodzenia.	
	Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej/dodatkowe uprawnienia	
	Nazwisko	
	Imię (imiona)	
	Adres zamieszkania	
Kod pocztowy: Miejscowość:		
Ulica nr domu m.		
KOD		
ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)		
Określony w tabeli 3, w załączniku nr 1 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi dla środka pomocniczego z wykazu zawartego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 2141) zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”		
Liczba sztuk (SP)	Nazwa (SP)	
Dodatkowe informacje istotne przy doborze (SP)		
Rodzaj schorzenia- według klasyfikacji ICD-10		
Zaopatrzenie: (należy zakreślić kółkiem miesiąc jakiego dotyczy zaopatrzenie)		
styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień		
Data wystawienia zlecenia	Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia	