

Załącznik zawiera przykładowe formularze, raporty i wydruki do zaimplementowania w nowym ZSI w przypadku wymiany systemu

1										
Analiza historii sprawozdawania kolejek oczekujących										
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #e0f2f1;"> <p style="text-align: center; color: #0070c0; font-weight: bold;">Analiza historii sprawozdawania kolejek oczekujących</p> <p style="text-align: center;">Powrót</p> <p style="text-align: center;"><input type="button" value="Drukuj"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #fff9c4;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold; color: #0070c0;">Wydruk</p> <p>Okres sprawozdawczy: miesiąc: Czerwiec rok: 2017 *</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; color: #0070c0;">Parametry</p> <p>Generacja: <input type="radio"/> Proszę wybrać * <input checked="" type="radio"/> całościowa (wszystkie jednostki) <input type="radio"/> cząstkowa (wybrane jednostki)</p> <p>Format: <input checked="" type="radio"/> HTM</p> </div> </div>										
Jednostka: PORADNIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ										
Kod kategorii medycznej ^	Liczba osób oczekujących		Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)		Liczba osób skreślonych w danym miesiącu		Liczba osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia		Liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z powodu wykonania świadczenia	
	sprawozdane	aktualnie	sprawozdane	aktualnie	sprawozdane	aktualnie	sprawozdane	aktualnie	sprawozdane	aktualnie
Okres: Czerwiec 2017										
Stabilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Okres: Maj 2017										
Stabilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Okres: Kwiecień 2017										
Stabilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Okres: Marzec 2017										
Stabilne	0	0	4	4	0	0	0	0	1	1
Pilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Okres: Luty 2017										
Stabilne	0	0	4	4	0	0	0	0	1	1
Pilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Okres: Styczeń 2017										
Stabilne	0	0	4	4	1	1	1	1	1	1
Pilne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Podsumowanie										
Stabilne							1	1		
Pilne							0	0		

2

Anulowanie niepotwierdzonych wizyt

Raport który będzie anulował wizyty niezrealizowane przez określony czas (np. 5, 10 dni)

Deklaracje POZ w grupach wiekowych

Deklaracje POZ w grupach wiekowych

[Powrót](#)

Wydruk

Typy deklaracji:	<input checked="" type="checkbox"/> Lekarz rodzinny <input checked="" type="checkbox"/> Kwalifikuj pacjentów do zakresu 5.01.00.0000086 <input checked="" type="checkbox"/> Pielęgniarka środ. naucz i wych. <input checked="" type="checkbox"/> Pielęgniarka środowiskowa <input checked="" type="checkbox"/> Położna środowiskowa
Poziom szczegółowości:	<input type="radio"/> Proszę wybrać * <input checked="" type="radio"/> Typy deklaracji <input type="radio"/> Lekarze/personel <input type="radio"/> Pacjenci
Okres sprawozdania:	Rok: <input type="text" value="2017"/> * Miesiąc: <input type="text" value="Lipiec"/> Dzień: <input type="text" value="19"/> *
Data złożenia deklaracji od:	<input type="text" value="RRRR-MM-DD"/>
Data złożenia deklaracji do:	<input type="text" value="RRRR-MM-DD"/>
Włącz walidator NFZ:	<input type="checkbox"/>
Umowa POZ:	<input type="text"/>
Tylko dla:	<input type="text"/>
Poradnia:	<input type="text"/>
Wzorec nr deklaracji:	<input type="text"/> (znak % zastępuje dowolny ciąg znaków)
Dane dodatkowe:	<input type="text"/>
Plec:	<input type="text"/>
Wiek od:	<input type="text" value="lat"/> <input type="text" value="miesiący"/>
Wiek do:	<input type="text" value="lat"/> <input type="text" value="miesiący"/>
Deklaracje aktywne:	<input type="checkbox"/>
Deklaracje zatwierdzone:	<input type="checkbox"/>
Deklaracje zgodne z wersją papierową:	<input type="checkbox"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV

Wygenerowane dane w zależności od wyboru filtrów/poziomu szczegółowości:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	Typ	Grupa	Przynależn	Nazwisko	Imię	PESEL	kod pocztc	mięscow	ulica	nr domu	nr miesz	Nr deklari	Data dodani	Data począt	Ilość	Osoba dodająca del	
2	Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - 0-6 rż	Lekarz	Pacjent	Pacjent	1,11E+09	89-600	Chojnice	Kościerska	10	11	121548	2011-08-24	2011-08-24	1	Rejestratorka	
3																	
4																	

A	B	C	D
Typ	Grupa	Przynależność	Ilość
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 0-6 rż	xxx	2
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 0-6 rż	yyy	20
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 0-6 rż	zzz	23
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 0-6 rż	ddd	910
	suma	xxx	2777
	suma	yyy	238
	suma	zzz	39

Na dzień: 2017-07-20		
Typ	Grupa	Ilość
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 0-6 rż	
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 7-19 rż	
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 20-39 rż	
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 40-65 rż	
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni 66-75 rż	
Lekarz rodzinny	Świadczenia lekarza POZ - ubezpieczeni powyżej 75 rż	
Liczba deklaracji:		Suma

3

Deklaracje POZ - uczniowie w podziale na klasy

2	Samodzielna Publiczna Przychodnia W/ Chojnice Kościerska 9			
3				
4				
5				
6		LISTA KLASOWA		
7				
8				
9	Personel: xxx		Klasa Gimnazjum	
10			Klasa 1a	
11				
12				
13	Lp.	Nazwisko_ucznia, imię_ucznia, Pesel_uczr	Data_urodzenia	Typ_szkoły
14				
15		1 xxxxxx	2003-06-23	Typ I.1
16		2 xxxxxx	2003-06-18	Typ I.1
17				

Erejestracja - zarejestrowani użytkownicy

Erejestracja - zarejestrowani użytkownicy.

[Powrót](#)



[Podgląd](#)

Drukuj

Wydruk

Aktywność konta:	Wszystkie
Rejestracja od dnia:	<input type="text"/> RRRR-MM-DD
Rejestracja do dnia:	<input type="text"/> RRRR-MM-DD

Lp.	Nazwisko	Imię	Pesel	Login	Data rejestracji	Aktywność konta
1	xxx	xxx	65012604479	xxx	2014-02-27 10:13	aktywne

7

Karta GUS ZD-1, Karta GUS ZD-2, Karta GUS ZD-3, Karta GUS ZD-4

Zgodnie z wymaganiami prawnymi

8

MZ03/D3,MZ06, MZ11,MZ12,MZ13,MZ14,MZ15,MZ19,MZ24,MZ29A,MZ35A,MZ54,MZ88,MZ89

Zgodnie z wymaganiami prawnymi

9

Księga główna poradni, Księga zabiegowa, Księga punktu pobrań, Księga Zgonów, Księga zleceń do gabinetu zabiegowego, Księga zleceń do punktu pobrań,

Zgodnie z wymaganiami prawnymi

Lista pacjentów z kartą DILO

Lista pacjentów z kartą DILO

[Powrót](#)

[Podgląd](#)

Wydruk

Raport: Lista wszystkich pacjentów z kartą DILO

Data wydania karty od: 2017-06-05 *RRRR-MM-DD*
Data wydania karty do: 2017-07-31 *RRRR-MM-DD*
Format: HTM

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Lp.	Nazwisko	Imię	PESEL	Numer karty	Data wystawienia karty	Data dodania karty do systemu	Osoba dodająca
2	1	xxx	xxx	1111111111	17000000000	2017-06-06	2017-06-06	xxxx

11

Raport weryfikacji poprawności EWUŚ

[Powrót](#)

Wydruk	
Wizyty w dniu:	2017-07-20 * RRRR-MM-DD
Automatyczne odświeżanie co:	<input type="text"/> sekund (ostatnio: 00:00:58/12:35)
Wyświetl wizyty:	<input type="checkbox"/> dla których nie wydano kart
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	PORADNIA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ - RODZINNEJ CHOJNICE							
2								
3	Gab. Poł. Środ.-Rodz., Chrzęszczyk Beata							
4								
5	Lp	Nr pacjenta	Nazwisko	Imie	Pesel	Godzina zarejestrowanej wizyty	eWUŚ	Ubezp.
6	1	49449	xxx	xxx	11111111	08:00	Ok	Ok
7								
8								
9	Legenda dla kolumny eWUŚ							
10	Ok	Sprawdzono w eWUŚ, pacjent jest uprawniony.						
11	!!!	Sprawdzono w eWUŚ, pacjent nie jest uprawniony.						
12	???	Nie sprawdzono pacjenta w eWUŚ						

Problemy rozliczeń NFZ

Problemy rozliczeń NFZ

[Powrót](#)

 [Podgląd](#)

[Drukuj](#)

Wydruk	
Okres sprawozdawczy:	Rok: 2017 Miesiąc: Czerwiec <input checked="" type="checkbox"/> narastająco
Pokaż błędy wykonanych usług dla umowy:	[11/000069/POZ/13/17] PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA
Pokaż błędy w ramach komórki:	
Opcje raportu:	<input checked="" type="checkbox"/> Pokaż pełną listę błędów (dane świadczeń) <input type="checkbox"/> Pokaż również zapisy zmodyfikowane <input checked="" type="checkbox"/> Uwzględnij wyłącznie problemy wagi BŁĄD <input checked="" type="checkbox"/> Pomiń problemy wskazujące na problemy w innych elementach
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

1	Lp.	Nazwisko	Imię	Pesel	Data wizyty	Poradnia	Gabinet	Id zestawu	Błąd
2	1	xxx	xxx	1111111111	2014-02-27 10:13	xxx	xxx	xxx	

13

Profilaktyka chorób krążenia i cukrzycy

Raport archiwum wypożyczeń

Raport archiwum wypożyczeń

[Powrót](#)

Wydruk	
Od dnia:	<input type="text" value="2017-06-01"/> <i>RRRR-MM-DD</i>
Do dnia:	<input type="text" value="2017-06-30"/> <i>RRRR-MM-DD</i>
Dokumentacja:	<input checked="" type="radio"/> wypożyczona w okresie (niezwrócona) <input type="radio"/> zwrócona do archiwum w okresie <input type="radio"/> zarchiwizowana w okresie <input type="radio"/> przekroczony termin zwrotu
Dokumentacja pacjenta:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Komórka:	<input type="text"/>
Statystyka:	<input type="checkbox"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV

Raport dzienny wizyt

Wydruk									
Wizyty w dniu:		2017-07-20	* RRRR-MM-DD						
Lekarz:		▼							
Poradnia:		▼							
Gabinet:		▼							
Wyświetl wizyty:		<input type="checkbox"/> Tylko domowe							
Sortuj wg:		godziny wizyty ▼							
Skrócony:		<input type="checkbox"/>							
Wyświetl kolumnę 'Lekarz':		<input type="checkbox"/>							
Format:		<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS							

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Lp.	Nazwisko	Imię	Pesel	Adres pacjenta	telefon	Data wizyty	Godzina wizyty	Gabinet
2	1	xxx	xxx	1111111111			2014-02-27 10:13	xxx	xxx

Raport dzienny wizyt lekarza

Wydruk	
Wizyty w dniu:	2017-07-20 * RRRR-MM-DD
Lekarz:	Kowalski Jan ID:2051
Komórka org.:	PORADNIA LEKARZA POZ SILNO
Wyświetl wizyty:	<input type="checkbox"/> Tylko domowe
Sortuj wg:	godziny wizyty
Rozpoznanie / wykonania:	godziny wizyty nazwiska pacjenta
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Lp.	Nazwisko	Imię	Pesel	Adres pacjenta	telefon	Data wizyty	Godzina wizyty	Gabinet
1	1	xxx	xxx	1111111111			2014-02-27 10:13	xxx	xxx

Raport niezgodności grafiku z wizytami

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-20 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-20 * RRRR-MM-DD
W poradni:	PORADNIA LEKARZA POZ SILNO
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Raport niezgodności grafiku wizyt z zarejestrowanymi wizytami od 2017-07-20 do 2017-07-20

Data wizyty	Pesel pacjenta	Pacjent	Lekarz	Gabinet	Przyczyna błędu
2017-07-20 07:46:00	██████████	██████████	Kowalski Jan	GABINET LEKARSKI SILNO	godzina nie pasuje do grafiku
2017-07-20 07:51:00	44062402800	Ilkowska Mirosława	Kowalski Jan	GABINET LEKARSKI SILNO	godzina nie pasuje do grafiku
2017-07-20 08:04:00	42021500495	Dobberstein Paweł	Kowalski Jan	GABINET LEKARSKI SILNO	godzina nie pasuje do grafiku

Raport pacjentów nieubezpieczonych na dzień

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-20 * RRRR-MM-DD
Komórka org.:	<input type="text"/>
Tryb raportu:	<input type="radio"/> Proszę wybrać * <input checked="" type="radio"/> Wydruk informacji <input type="radio"/> Wydruk oświadczeń
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV

Możliwość generowania zbiorczo oświadczeń pacjentom nieubezpieczonym

Lp.	Pacjent			Lekarz			Produkty*	Data i czas
	Nazwisko	Imię	Pesel	Nazwisko	Imię	NPWZ		
1	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		2012-11-13 18:15

Raport przyczyn zgonów

Wydruk	
Od dnia:	2017-06-01 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-06-30 * RRRR-MM-DD
Zestawienie miesięczne:	<input type="checkbox"/>
Przyczyna (ICD-10)	
Wybrane:	<input type="text"/> ... X
Zakres rozpoznań:	od: <input type="text"/> ... X
	do: <input type="text"/> ... X
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV (wykluczone)

Dodatkowa możliwość wybrania opcji z pacjentem. (imie, nazwisko, pesel, data zgonu, data wpisana zgonu)

Zestawienie przyczyn bezpośrednich

Lp.	Kod ICD-10	Nazwa	Ilość
1	I50	Niewydolność serca	1
2	J81	Obrzęk płuc	1
3	K92.2	Krwotok żołądkowo-jelitowy, nie określony	1

Zestawienie przyczyn wtórnych

Lp.	Kod ICD-10	Nazwa	Ilość
1	C79	Wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień	1
2	I50	Niewydolność serca	1
3	N18.9	Przewlekła niewydolność nerek, nie określona	1

Zestawienie przyczyn wyjściowych

Lp.	Kod ICD-10	Nazwa	Ilość
1	C34.8	Zmiana przekraczająca granice oskrzela i płuca	1
2	E10	Cukrzyca insulinozależna	1
3	I70	Miażdżycy	1

Raport struktury organizacyjnej

Wydruk	
Pokaż tylko aktywne jednostki:	<input checked="" type="checkbox"/>
Pozycje umów:	<input checked="" type="checkbox"/> Pokaż pozycje umów <input checked="" type="checkbox"/> Pokaż tylko aktywne pozycje umów 2017-07-20 * <i>Data odniesienia dla umów</i>
Użytkownicy:	<input checked="" type="checkbox"/> Pokaż użytkowników <input checked="" type="checkbox"/> Pokaż tylko aktywnych użytkowników
Klasy uwzględnione:	(jeśli żadna klasa nie jest zaznaczona to zostaną uwzględnione wszystkie klasy) <input type="checkbox"/> Administratorzy <input type="checkbox"/> Personel HL7 <input type="checkbox"/> Lekarze <input type="checkbox"/> Pielęgniarki <input type="checkbox"/> Technicy <input type="checkbox"/> Rejestracja <input type="checkbox"/> Diagnostyki <input type="checkbox"/> Pielęgniarka Środowiskowa <input type="checkbox"/> Pielęgniarka środ. naucz i wych. <input type="checkbox"/> Rehabilitant / Fizjoterapeuta <input type="checkbox"/> Położna/Położna Środowiskowa <input type="checkbox"/> Sekretarki <input type="checkbox"/> Analitycy <input type="checkbox"/> Apteka <input type="checkbox"/> Zewnętrzni użytkownicy <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> osoba do fakturowania <input type="checkbox"/> osoba do wystawiania faktur <input type="checkbox"/> Specjalista / instruktor terapii uzależnień <input type="checkbox"/> Dietetycy <input type="checkbox"/> Autoryzujący zlecenia <input type="checkbox"/> Laboratorium Wykonujący <input type="checkbox"/> Laboratorium Kierownik <input type="checkbox"/> Pielęgniarka szkolna
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Raport weryfikacji ksiąg

Wydruk	
Rok:	2017 * RRRR
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Weryfikacja przypisania ksiąg oddziałowych do wszystkich oddziałów w systemie

Nazwa oddziału	Księga oddziałowa
----------------	-------------------

Weryfikacja numerów ksiąg głównych i oddziałowych

Nazwa jednostki	Autonumeracja	Prefiks	Ostatni numer z księgi	Ostatni nadany
-----------------	---------------	---------	------------------------	----------------

Raport wizyt

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-20 RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-20 * RRRR-MM-DD
Parametry umowy	
Umowa:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Dla produktu kontraktowego:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Dla produktu jednostkowego:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Parametry jednostki	
Miejsce wykonania:	<input type="text"/>
Jednostka wykonująca:	<input type="text"/>
Pacjent:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Opcje wyświetlania	
Wyświetl szczegółowe dane pacjenta:	<input type="checkbox"/>
Wyświetl podsumowanie:	<input type="checkbox"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Lp	Numer księgi gł	Poradnia	Jednostka	Data - godzina	Lekarz	Kod rozpoznania	Numer Pacjenta	Nazwisko Pacjenta	Imię Pacjenta	Data urodzenia	Pesel	K
----	-----------------	----------	-----------	----------------	--------	-----------------	----------------	-------------------	---------------	----------------	-------	---

Raport wyszukiwania pacjentów

Wydruk	
Od dnia (planowane przyjęcie):	RRRR-MM-DD
Do dnia (planowane przyjęcie):	RRRR-MM-DD
Od dnia:	RRRR-MM-DD
Do dnia:	RRRR-MM-DD
Data pobytu:	RRRR-MM-DD
Data wypisu:	RRRR-MM-DD
Czas hospitalizacji:	liczba dni
Komórka org.:	<input type="text"/>
Nazwisko:	<input type="text"/>
Imię:	<input type="text"/>
Imię ojca:	<input type="text"/>
Pesel:	<input type="text"/>
Płeć:	<input type="text"/>
Wiek: od:	<input type="text"/>
do:	<input type="text"/>
Data urodzenia:	RRRR-MM-DD
Miasto:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Kod administracyjny:	<input type="text"/>
Nazwisko rodowe ojca:	<input type="text"/>
Nazwisko rodowe matki:	<input type="text"/>
Lekarz prowadzący:	<input type="text"/>
Kod ICD rozpoznania:	<input type="text"/>
Kod ICD współistniejącego rozpoznania:	<input type="text"/> <small>Lista oddzielona przecinkami</small>
Nazwa procedury:	<input type="text"/>
Kod procedury:	<input type="text"/>
Typ procedury:	<input type="checkbox"/> ICD9 <input type="checkbox"/> K-5 (NFZ)
Ilumer pacjenta:	<input type="text"/>
Ilr księgi:	<input type="text"/> <small>[prefiks/nr/rok/nr dziecka], [prefiks/nr], [nr/rok] itp.</small>
Firma (Ubezpieczyciel):	<input type="text"/> <input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Ilr umowy:	<input type="text"/>
Archiwalny:	<input type="checkbox"/>
Wydana krew	
Ilumer donacji:	<input type="text"/>
Grupa krwi:	<input type="text"/>
Rh:	<input type="text"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

	A	B	C	D	E	F
1	Lp.	Nazwisko	Imię	Pesel	Adres pacjenta	telefon
2						

Raport zapisów do kolejki oczekujących

Wydruk	
Okres sprawozdawczy:	miesiąc: <input type="text" value="Czerwiec"/> rok: <input type="text" value="2017"/> *
Typ raportu:	<input checked="" type="radio"/> NFZ - Raport zbiorczy zgodny z komunikatem XML <input type="radio"/> Lista pacjentów oczekujących oraz skreślonych z kolejki we wskazanym okresie <input type="radio"/> Generacja XML do Komparatora (na podstawie trybu "Lista pacjentów oczekujących...") <input type="radio"/> Raport zbiorczy z kolejek
Parametry	
Generacja:	<input checked="" type="radio"/> całościowa (wszystkie jednostki) <input type="radio"/> cząstkowa (wybrane jednostki)
<small>To pole musi zostać wypełnione. [L1001]</small>	

W zależności od wybranej opcji:

Informacje o liście oczekujących					
Komórka organizacyjna	PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ				
Rok sprawozdawczy	2017				
Miesiąc sprawozdawczy	6				
Część VII kodu resortowego komórki organizacyjnej	023				
Identyfikator techniczny komórki organizacyjnej	40478				
Data oceny listy oczekujących	2017-06-30				

Dane statystyczne					
Kod kategorii medycznej *	Liczba osób oczekujących	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób skreślonych w danym miesiącu	Liczba osób skreślonych w danym miesiącu z powodu wykonania świadczenia	Liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z powodu wykonania świadczenia
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0

Rodzaj	VII cz. k. r.	Kod tech.	Komórka organizacyjna	Liczba oczek.	Przyjęci	Czas rzeczywisty	Skreśleni w okresie	Przyjęci w okresie
				Przypadki stabilne				
				Przypadki pilne				
Kolejka do komórki organizacyjnej	023	40478	PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0

Raport zapisów do kolejki oczekujących w okresie Czerwiec 2017

Kolejka	Data oceny	Przypadek	Liczba oczek.	Przyjęci	Czas rzeczywisty	Skreśleni w okresie	Przyjęci w okresie
PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ	2017-06-30	stabilny	0	0	0	0	0
		pilny	0	0	0	0	0

28

Raport zestawienie pacjentów

Wydruk

Od dnia: 2017-07-20 RRRR-MM-DD

Do dnia: 2017-07-20 * RRRR-MM-DD

Z podziałem na: Typ wizyty

Format: Typ wizyty, Poradnie, Lekarzy przyjmujących, Typ porady XLS

Drukuj

* pole wymagane

W zależności od wybranej opcji:

Typ wizyty	Liczba pacjentów
Domowa:	16
Ambulatoryjna:	283
Pierwszorazowa:	0
Recepturowa:	61
Badanie:	0
Opieka:	0
Rehabilitacja:	0

Nazwa poradni	Liczba pacjentów
OPIEKA HOSPICYJNA	3
PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA	1
PORADNIA KARDIOLOGICZNA	1
PORADNIA LEKARZA POZ CHARZYKOWY	21
PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE	148
PORADNIA LEKARZA POZ NOWA CERKIEW	32
PORADNIA LEKARZA POZ SILNO	83
PORADNIA PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ - RODZINNEJ CHOJNICE	5
PORADNIA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ - RODZINNEJ CHOJNICE	8

Raport zgłoszeń zachorowań

Wydruk	
Data od:	2017-06-20 * <input type="button" value="Dzisiaj"/> <input type="button" value="Wyczyść"/>
Data do:	2017-07-20 * <input type="button" value="Dzisiaj"/> <input type="button" value="Wyczyść"/>
Typ rejestru:	Choroba zakaźna <input type="button" value="v"/>
Format:	<ul style="list-style-type: none"> Choroba zakaźna AIDS Choroba przenoszona drogą płciową Gruźlica Zgonu (podejrzenie zgonu) z powodu choroby zakaźnej

lp	Imie	Nazwisko	Pesel	Inspektorat sanitarny w	Kod icd-10	Data rozpoznania	Podstawa rozpoznania	Data zachorowania	Zatrucie środkiem chemicznym	Nazwa środka chemicznego	Adres	Leczenie ambulatoryjne	Sk
----	------	----------	-------	-------------------------	------------	------------------	----------------------	-------------------	------------------------------	--------------------------	-------	------------------------	----

Rejestr/księga zabiegów

Wydruk	
Księga:	KKN Księga Karty nauczyciela(orzeczenia) ▼
Zakres daty wykonania	
Od dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Zakres numerów księgi	
Zakres lat księgi:	Od: <input type="text"/> Do: 2017
Zakres numeru księgi:	Od: 1 <input type="text"/> Do: <input type="text"/>
Wyświetl numer dodatkowy:	<input type="checkbox"/>
Wyświetl każdy składnik w osobnej kolumnie:	<input type="checkbox"/>
Tryb generowania raportu:	Tylko numerowane wpisy ▼
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)

Rozliczenie wykonania usług przez lekarza

Wydruk	
Początek okresu rozliczeniowego:	2017-06-01 * RRRR-MM-DD
Koniec okresu rozliczeniowego:	2017-06-08 * RRRR-MM-DD
Personel realizujący:	Kowalski Jan ID:2051
Jednostka wykonująca:	
Raportuj usługi zakontraktowane dla płatnika i/lub w umowie:	
Instytucja płatnika:	
Typ umowy:	Proszę wybrać * <input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie <input type="checkbox"/> Umowy zawierane z NFZ <input type="checkbox"/> Usługowa <input type="checkbox"/> Cennik (cennik usług dla pacjentów indywidualnych) <input type="checkbox"/> Umowa zakupu na podstawie przetargu <input type="checkbox"/> Umowa usługowa abonamentowa (ubezpieczeniowa) <input type="checkbox"/> Umowy do rozliczeń z ZOZ
Umowa:	
Typ procedury:	<input checked="" type="checkbox"/> Badanie laboratoryjne <input type="checkbox"/> Badania RTG <input type="checkbox"/> Badanie ultrasonograficzne <input type="checkbox"/> Dane dodatkowe dla spr. NFZ <input type="checkbox"/> Wywiad ogólny dla wizyty <input type="checkbox"/> Wywiad ogólny dla pobytu <input type="checkbox"/> Wywiad szczegółowy <input type="checkbox"/> Wypis <input type="checkbox"/> Historia choroby <input type="checkbox"/> Konsultacja lekarska <input type="checkbox"/> Szczepienia <input type="checkbox"/> Zabiegi <input type="checkbox"/> Obserwacje <input type="checkbox"/> Nagłówek dla Obserwacje <input type="checkbox"/> Serologia <input type="checkbox"/> Nagłówek dla innych procedur <input type="checkbox"/> Obserwacje dla innych procedur <i>(brak zaznaczenia - brane są wszystkie typy procedur)</i>
Opcje	
Sumy pośrednie dla kolumny:	
Lekarz prowadzący/wypisujący:	<input type="checkbox"/> Czy dla pobytów na oddziale podany użytkownik jest lekarzem wypisującym?
Widok uproszczony:	<input type="checkbox"/>
Pokaż procedury ICD9 wykonane w ramach świadczenia:	<input checked="" type="checkbox"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Sprawdzanie skierowań do kolejek oczekujących

Wydruk	
Data wygaśnięcia skierowania:	<input type="radio"/> tylko dzisiaj <input checked="" type="radio"/> do dzisiaj <input type="radio"/> zakres dat
Automatycznie skreśl z kolejki:	<input type="checkbox"/>
Licz soboty jako dni wolne:	<input checked="" type="checkbox"/>
Uwzględnij skreślone pozycje:	<input checked="" type="checkbox"/>
Kolejka:	PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ
Informacje o skierowaniach:	<input type="checkbox"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Raport przypisania skierowań w kolejkach oczekujących

Data wykonania 2017-07-21

Data wygaśnięcia skierowania 2017-07-21

Data zapisu do kolejki 2011-06-01								
Data wygaśnięcia skierowania 2011-06-21								
Jednostka kolejki	Dane pacjenta	Dane kontaktowe	Adres	Data planowanego przyjęcia	Informacje o wizycie	Numer w księdze	Lekarz przyjmujący	Informacje o wolnych skierowaniach

Statystyczna analiza wyników

Wydruk	
Procedura:	2782 <input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/> CRP
Data wykonania:	od dnia: 2015-07-01 * RRRR-MM-DD do dnia: 2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Tryb analizy:	Konkretny pacjent <input type="button" value="v"/>
Pacjent:	Konkretny pacjent Pacjenci z wybranej grupy wiekowej
Zmiany w czasie:	<input type="checkbox"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Nazwa składnika	Średnia	Odchylenie standardowe
Białko ostrej fazy - CRP	14,81	26,93

Wykaz osobodni

Wydruk	
Przebywający na oddziale w okresie:	początek okresu: 2017-07-01 * RRRR-MM-DD koniec okresu: 2017-07-31 * RRRR-MM-DD
Dla oddziału:	<input type="text"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Lp	Kod res. VIII	Nazwa oddziału	Oddział NFZ	Nazwisko	Imię	Peset	Data urodzenia	Data przyjęcia	Data wypisu	Nr księgi głównej	Rok	Ilość osobodni	Kod gminy	Nazwa gminy	Rozp. zasadnicze	Rozp. współstnieją
----	---------------	----------------	-------------	----------	------	-------	----------------	----------------	-------------	-------------------	-----	----------------	-----------	-------------	------------------	--------------------

Wyniki badań zleconych z jednostki organizacyjnej

Wydruk	
Data otrzymania wyników od:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Wyniki z ilu ostatnich dni:	1 *
Jednostka organizacyjna:	PORADNIA LEKARZA POZ SILNO
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Wyniki badań zleconych z PORADNIA LEKARZA POZ SILNO i wykonanych w przedziale czasowym od 2017-07-21 do 2017-07-21

Porządek sortowania wyników: [Data wykonania \(rosnąco\)](#) [Data wykonania \(malejąco\)](#) [Nazwisko pacjenta, data wykonania \(rosnąco\)](#) [Nazwisko pacjenta, data wykonania \(malejąco\)](#)

Wyniki z dnia: [2017-07-21](#)

Lp.	Nazwisko i imię pacjenta	Identyfikator pacjenta	Identyfikator świadczenia	Typ i nazwa procedury	Identyfikator procedury	Data wykonania	Wyniki			
1	[REDACTED]	PESEL [REDACTED]	7 [REDACTED]	Badanie laboratoryjne Wapń	3 [REDACTED]	2017-07-21 01:35	[077] Wapń (s)	2.31 mmol/l	Norma: 2,15 - 2,50	Po

39																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">Wydruk</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pacjent:</td> <td colspan="6"> <input type="text"/> ... <input type="button" value="x"/> </td> </tr> <tr> <td>Osoba wystawiająca:</td> <td colspan="6"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>Nazwa leku:</td> <td colspan="6"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>Kod BAZYL:</td> <td colspan="6"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>Kod z bazy leków</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="2">Numer recepty .</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <th colspan="7">Recepty wystawione w okresie</th> </tr> <tr> <td>Od:</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="5">RRRR-MM-DD</td> </tr> <tr> <td>Do:</td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="5">RRRR-MM-DD</td> </tr> <tr> <td>Format:</td> <td colspan="6"> <input checked="" type="radio"/> HTM </td> </tr> </tbody> </table>							Wydruk							Pacjent:	<input type="text"/> ... <input type="button" value="x"/>						Osoba wystawiająca:	<input type="text"/>						Nazwa leku:	<input type="text"/>						Kod BAZYL:	<input type="text"/>						Kod z bazy leków	<input type="text"/>	Numer recepty .		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Recepty wystawione w okresie							Od:	<input type="text"/>	RRRR-MM-DD					Do:	<input type="text"/>	RRRR-MM-DD					Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM					
Wydruk																																																																												
Pacjent:	<input type="text"/> ... <input type="button" value="x"/>																																																																											
Osoba wystawiająca:	<input type="text"/>																																																																											
Nazwa leku:	<input type="text"/>																																																																											
Kod BAZYL:	<input type="text"/>																																																																											
Kod z bazy leków	<input type="text"/>	Numer recepty .		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																						
Recepty wystawione w okresie																																																																												
Od:	<input type="text"/>	RRRR-MM-DD																																																																										
Do:	<input type="text"/>	RRRR-MM-DD																																																																										
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM																																																																											
6	Pacjent	Pesel	Data wystawienia recepty	Gabinet	Lekarz wystawiający	Wystawione leki	Id recepty																																																																					
7																																																																												

Wysyłanie komunikatów dla pacjentów z możliwością tworzenia schematów i odpowiednim filtrowaniem

Wydruk	
Wiek (w latach):	od: <input type="text"/> do: <input type="text"/>
Płeć:	<input type="text"/>
Zakres terytorialny (wz. adresu zamieszkania):	Województwo:
Zakres terytorialny (wz. adresu zamieszkania):	Powiat:
Zakres terytorialny (wz. adresu zamieszkania):	Gmina:
Zakres terytorialny (wz. adresu zamieszkania):	Miasto:
Pacjenci z określeniem typu oznaczenia (pacjenci którzy mają zaznaczone odpowiednie takie np. CHUK, zdrowy, CHUK chory, Kontrola itp.) Typ oznaczenia: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Wizyty kontrolne, badania profilaktyczne: <small>Pacjenci, którym od ostatniej wizyty w poradni: Komórka org. lub od wykonania badania: Badania</small>
Minęło:	<input type="text"/>
lat: <input type="text"/>	miesięcy: <input type="text"/> dni: <input type="text"/>
Wysyłanie wiadomości	
Wysłij wiadomości:	<input type="checkbox"/> proszę zaznaczyć aby wysłać wiadomości do pacjentów
Temat wiadomości:	<input type="text"/>
Treść wiadomości:	<input type="text"/>
Dane serwera pocztowego:	<input type="text"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Potwierdzenie wysłania sms, do określonej grupy pacjentów z oznaczeniem Nazwisko i Imie pacjenta, Pesel, numer telefonu, data wysłania, treść wysłania wiadomości,

Wysyłanie smsów

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-21 RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Lekarz:	<input type="text"/>
Nazwa komórki organizacyjnej:	<input type="text"/>
Wyslij powiadomienie sms:	<input type="checkbox"/> Jeśli nie jest zaznaczone tylko generuje listę pacjentów, do których zostałyby wysłane powiadomienie.
Wiadomość:	<input type="text"/> Jutrzejsza wizyta nie odbędzie się, proszę o kontakt celem ustalenia innego terminu.
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Nazwa jednostki	Nazwisko i imię lekarza	Data i godzina wizyty	Nazwisko i imię pacjenta
----------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Zestawienie faktur

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-01 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-31 * RRRR-MM-DD
Kasa:	KASA
Płatność:	przyjęto: Wszystkie płatność przyjął: forma płatności:
Sortowanie:	<input type="checkbox"/> Typ <input type="checkbox"/> Nr faktury <input type="checkbox"/> Data wystawienia <input type="checkbox"/> Nabywca <input type="checkbox"/> Nabywca - pesel <input type="checkbox"/> Kwota netto <input type="checkbox"/> Kwota brutto
Format:	<input type="radio"/> XLS <input type="button" value="Drukuj"/>

Lp	Typ	Nr Faktury	Data Wystawienia	Nabywca - Nazwa	Nabywca - PESEL/NIP	Kwota Netto	Kwota VAT	Kwota brutto	Forma płatności	Wyróżnik
2	Paragon	//	2017-06-01	Modrzejewska Halina	46112509189	6,48	1,51	8,10	Gotówka	
1	Paragon	//	2017-06-01	Gwoździewicz Elżbieta	60061910821	1,68	0,39	2,10	Gotówka	
						Razem	8,16	1,90		10,20

Zestawienie faktur 2

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Komórka org.:	<input type="text"/>
Personel realizujący:	<input type="text"/>
Osoba przyjmująca płatność:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Forma płatności:	<input type="text"/>
Sumy pośrednie:	<input type="checkbox"/> drukuj sumy pośrednie dla jednostek wykonujących z kontaktów <input type="checkbox"/> drukuj sumy pośrednie dla personelu realizującego
Widok:	<input type="checkbox"/> uproszczony
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Zestawienie faktur od 2017-07-20 do 2017-07-21

Lp	Typ dokumentu	Nr Faktury	Umowa	Forma płatności	Jednostka wykonująca	Personel realizujący	Osoba przyjmująca płatność	Data Wystawienia	Nabywca - Nazwa	Nabywca - PESEL/NIP	Kwota Netto	Stawka VAT
										Suma korekt w zestawieniu:	0,0	
										Suma dla zestawienia:	0,00	
Forma płatności		Suma netto	Suma brutto									
Gotówka		0,00	0,00									
Karta		0,00	0,00									
Przelew		0,00	0,00									

Zestawienie ilości wystawionych zleceń dla lekarza

Wydruk	
Data wystawienia:	od: 2017-07-20 * RRRR-MM-DD do: 2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Grupa badań:	Badanie laboratoryjne
Badanie:	
Grupa jednostek kierujących:	Poradnia
Jednostka kierująca:	PORADNIA LEKARZA POZ SILNO
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Lp.	Id skierowania	Data i godzina wystawienia	Jednostka kierująca	Grupa badań	Badania/Materiał
1	261212	2017-07-20 07:35	PORADNIA LEKARZA POZ SILNO	Badanie laboratoryjne	<ul style="list-style-type: none"> • Chlorki • Kreatynina • Morfologia analizator 5 diff • Potas • Sód • TSH

Zestawienie ilości wystawionych zleceń dla działu rozliczeń

Wydruk												
Data wystawienia:	od: 2017-07-20	* RRRR-MM-DD										
	do: 2017-07-21	* RRRR-MM-DD										
Grupa badań:	Badanie ultrasonograficzne											
Badanie:	USG - jamy brzusznej komercyjne											
Grupa jednostek kierujących:	Poradnia											
Jednostka kierująca:	PORADNIA LEKARZA POZ SILNO											
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM											
1	Lp.	Id skierowania	Data i godzina wystawienia	Jednostka kierująca	Lekarz wystawiający	Do jakiej jednostki	Grupa badań	Badania/Material	Nazwisko	Imię	Pesel	A

Zestawienie pacjentów z chorobą zakaźną

Wydruk	
Ograniczenie czasowe zastosuj do:	<input type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> daty przeniesienia na inny oddział (tylko dla oddziałów) <input checked="" type="radio"/> rozpoczęcia świadczenia <input type="radio"/> trwania świadczenia <input type="radio"/> zakończenia świadczenia
Od dnia:	2017-06-01 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-06-30 * RRRR-MM-DD
Komórka org.:	<input type="text"/>
Grupuj:	<input type="checkbox"/> Czy grupować według kodów nadrzędnych?
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

A46 - Roża										
Pacjent			Wizyta/pobyt							
Nazwisko	Imię	Pesel	ICD9	ICD10	Lekarz	Jednostka nadrzędna	Jednostka	Data	Liczba dni	Num
██████	██████	426██████	89.00	A██████	Gabriela Wegner	PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE	GABINET LEKARSKI CHOJNICE 102	2017-06-27	1	
B01 - Ospa wietrzna [varicella]										

Zestawienie pacjentów z daną jednostką chorobową

Wydruk									
Ograniczenie czasowe zastosuj do:		<input checked="" type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> daty przeniesienia na inny oddział (tylko dla oddziałów) <input type="radio"/> rozpoczęcia świadczenia <input type="radio"/> trwania świadczenia <input type="radio"/> zakończenia świadczenia							
Od dnia:		2017-06-01 * RRRR-MM-DD							
Do dnia:		2017-06-30 * RRRR-MM-DD							
Komórka org.:		<input type="text"/>							
Rozpoznanie (ICD-10)									
Wybrane:		<input type="text"/> <input type="button" value="..."/> <input type="button" value="x"/>							
Zakres rozpoznań:		od: <input type="text"/> <input type="button" value="..."/> <input type="button" value="x"/> do: <input type="text"/> <input type="button" value="..."/> <input type="button" value="x"/>							
Grupuj:		<input type="checkbox"/> Czy grupować według kodów nadrzędnych? <input type="checkbox"/> Uwzględnij rozpoznania współistniejące							
Analiza:		<input type="checkbox"/> Analiza wystąpień jednostek chorobowych <input type="checkbox"/> Analiza przedłużonych hospitalizacji w rozbiću na rozpoznania <input type="checkbox"/> Analiza przedłużonych hospitalizacji w rozbiću na JGP							
Data urodzenia:		od dnia: <input type="text"/> RRRR-MM-DD do dnia: <input type="text"/> RRRR-MM-DD							
Wiek od:		<input type="text"/> lat <input type="text"/> miesięcy							
Wiek do:		<input type="text"/> lat <input type="text"/> miesięcy							
Format:		<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS							
Nazwisko	Imię	Pesel	ICD9	ICD10	Lekarz	Jednostka nadrzędna	Jednostka	Data wizyty	Procedura

Zestawienie paragonów

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Komórka org.:	<input type="text"/>
Personel realizujący:	<input type="text"/>
Osoba przyjmująca płatność:	<input type="text"/> ... <input type="text"/> X
Forma płatności:	<input type="text"/>
Anulowane:	<input type="checkbox"/> wydrukuj tylko paragony anulowane
Produkty jednostkowe:	<input type="checkbox"/> wyświetlaj produkty jednostkowe
Sumy pośrednie:	<input type="checkbox"/> drukuj sumy pośrednie dla jednostek wykonujących z kontaktów <input type="checkbox"/> drukuj sumy pośrednie dla personelu realizującego
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Lp	Identyfikator paragonu	Umowa	Forma płatności	Jednostka wykonująca	Osoba przyjmująca płatność	Data wystawienia	Imię i Nazwisko pacjenta	PESEL pacjenta	Kwota netto	Stawka VAT	Kwota brutto
1											
2	1	18692 Umowa komercyjna	Gotówka	PORADNIA LEKARZA POZ CHOJ		2017-07-21			130	Zw	130
3							Suma dla: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE		130		130
4	2	18690 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			8,5	Zw	8,5
5	3	18691 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			8,5	Zw	8,5
6	4	18693 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			4,5	Zw	4,5
7	5	18694 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			8,5	Zw	8,5
8	6	18695 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			30,5	Zw	30,5
9	7	18696 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			37,5	Zw	37,5
10	8	18697 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			16,5	Zw	16,5
11	9	18698 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			7	Zw	7
12	10	18699 BADANIA LABORATORY	Gotówka	Punkt pobrań komercyjny		2017-07-21			3,5	Zw	3,5
13							Suma dla: Punkt pobrań komercyjny		125		125
14							Suma:		255		255
15	Form	Suma netto Suma brutto	Gotówka		255	255	Karta	0		0	Przelew 0

Zestawienie wizyt/pobyków

Wydruk	
Od dnia:	2017-06-01 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-06-02 * RRRR-MM-DD
Komórka org.:	<input type="text"/>
Lekarz:	<input type="text"/>
Parametry	
Grupowanie wyników:	Komórka org. <input type="text"/>
Sortuj wg:	nazwisko i imię pacjenta <input type="text"/> <input type="checkbox"/> malejąco
Dodatkowo:	<input checked="" type="checkbox"/> pokaż dane szczegółowe
	<input type="checkbox"/> pokaż tylko pacjentów nieubezpieczonych
	<input type="checkbox"/> bez usług NFZ
	<input type="checkbox"/> bez wykonań z umowy komercyjnej
	<input type="checkbox"/> Świadczenia bez rozpoznania zasadniczego
	<input type="checkbox"/> Świadczenia bez skierowania
Format:	<input type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input checked="" type="radio"/> XLS

Zestawienie wizyt

od dnia: 2017-06-01 do dnia: 2017-06-02

	Liczba pacjentów ogółem	Liczba pacjentów z ubezpieczeniem NFZ	Liczba pacjentów bez ubezpieczenia NFZ	Liczba wizyt ogółem	Liczba wizyt z usługą NFZ	Liczba wizyt bez usług NFZ lub bez ubezpieczenia NFZ
GABINET DZIECI CHORYCH LEKARSKI 9 -2	74	74	0	75	72	3

Zestawienie wykonania szczepień

Wydruk	
Umowa:	[1_11/000069/POZ/13/17] PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (Umowa tymczasowa) ▾
Poradnia:	PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE ▾
Okres:	Miesiąc: Lipiec ▾ Rok: 2017 *
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV

Sprawozdanie merytoryczne za 7 2017 r. z realizacji: ŚWIAD. PIEŁĘGNIARKI POZ U OSOBY SPOZA LISTY ŚWIADCZENIOBIORCÓW ZAMIESZKAŁY NA TERENIE TEGO SAMEGO WOJEWÓDZTWA ALE POZA GMINĄ WŁASNĄ I SĄSIADUJĄCYMI Z TYM MIEJSCEM LUB U OSOBY SPOZA LISTY ŚWIADCZENIOBIORCÓW ZAMIESZKAŁY NA INNEGO WOJEW., w jednostce: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE

Lp	Imię i nazwisko pacjenta	Rok urodzenia pacjenta	Nr prawa wykonywania zawodu lekarza kwalifikującego do szczepienia	Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do szczepienia	Imię i nazwisko pielęgniarki wykonującej szczepienie
0					

Zestawienie w punktach pobrań

Wydruk	
Raport:	Zestawienie i statusy skierowań do punktu pobrań ▾
Data od:	2017-06-01 RRRR-MM-DD
Data do:	2017-07-21 RRRR-MM-DD
Punkt pobrań:	▾
Status transferu:	▾
Format:	<ul style="list-style-type: none"> Nie wysyłać Czeka na decyzję dyrekcji Decyzja dyrekcji. Do pobrania Do pobrania W trakcie pobierania Do wystania Wysłano poprawnie Błąd transferu, wysyłka nieudana Odebrano wyniki Do ponownej wysyłki Zlecenie anulowane przez laboratorium Wykonywane Do grupowania Opisano. Do wystania.

Dodatkowo możliwość zaznaczenia opcji: raportu z wykonanymi badaniami pacjenta (w ostatniej kolumnie)

Lp.	Id. skierowania	Data wystawienia	Data pobrania	Pacjent	Status transferu	Id. próbki	Użytkownik pobierający	Punkt
-----	-----------------	------------------	---------------	---------	------------------	------------	------------------------	-------

Zestawienie zgonów

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Typ raportu:	<input checked="" type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> pacjenci z datą zgonu lub informacją o zgonie z NFZ <input type="radio"/> tylko pacjenci z uzupełnioną datą zgonu <input type="radio"/> tylko pacjenci bez daty zgonu z informacją o zgonie z NFZ <i>(w przypadku wybrania opcji z NFZ pod uwagę brana jest data komunikatu)</i>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> PDF

Lp.	Nazwisko	Imię	PESEL	Data zgonu	Informacja o zgonie z NFZ	Lekarz z deklaracji
-----	----------	------	-------	------------	---------------------------	---------------------

Zlecenia badań

Wydruk	
Od dnia:	2017-06-22 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-06-30 * RRRR-MM-DD
Typ procedury:	Labolatoryjne ▾
Format:	<input checked="" type="radio"/> XLS

1	DATA	KOD PR	KONTRAHENT/PORADNIA	PESEL	NAZWISKO IMIĘ	MIEJSCOWOŚĆ ADRES	BADANIE	CENA	LEKARZ
---	------	--------	---------------------	-------	---------------	-------------------	---------	------	--------

Zmiana personelu przyjmującego i/lub terminu

Wydruk	
Data:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Znieś weryfikację daty:	<input type="checkbox"/> zezwalaj na zmianę personelu przyjmującego i/lub terminu dla dni wcześniejszych niż data aktualna
Gabinet:	GABINET LEKARSKI CHOJNICE 101
Tryb raportu:	<input type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> Zmiana personelu przyjmującego <input type="radio"/> Zmiana terminu <input checked="" type="radio"/> Zmiana terminu i personelu przyjmującego
Weryfikacja personelu:	<input type="checkbox"/> weryfikuj dostępność wolnych terminów personelu w grafiku oraz absencje
Przepisz na dzień:	<input type="text"/> * <small>To pole musi zostać wypełnione. [L1001] RRRR-MM-DD</small>
Personel przyjmujący według grafiku:	<input type="text"/>
Personel przyjmujący nowy:	<input type="text"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ OPIEKĄ PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

Wydruk	
Stan na dzień:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Załączniki:	<input checked="" type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> Załącznik 7 <input type="radio"/> Załącznik 5
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Import/Export:

Deklaracje POZ - eksport
Deklaracje POZ - import
Deklaracje POZ - import z innego ZOZ-u
Eksport do PZH (XML)
Eksport MZ/Szp-11b <i>Opis</i>
Importowanie grafiku
Import BLOZ <i>Opis</i>
Import gmin w formacie GUS, CSV, XML
Import grup parametrów
Import indeksu TiU
Import instytucji ubezpieczeniowych UE
Import kodów pocztowych
Import miejscowości w formacie GUS, XML
Import numerów recept <i>Opis</i>
Import Państw wg normy PN-ISO 3166-1 <i>Opis</i>
Import personelu
Import rejestru ZOZ
Import wizyt
Import w formacie RapStat
Import z bazyla
Import raportów bieżącego stanu rozliczenia umów z SZOI <i>Opis</i>

Import oraz export badań

Import oraz export cennika badań

[Eksport i import uprawnień klasy użytkowników](#)

[Export/Import cennika/umowy komercyjnej](#)

[Import statusów eWUŚ w formacie NFZ Opis](#)

[Kopiowanie atrybutów z umowy do umowy](#)

[Kopiowanie umowy NFZ Opis](#)

[Przesunięcie wykonania do innego miejsca wykonywania](#)

Wydruk	
Zakres czasowy:	Od: <input type="text" value="2017-07-21"/> * RRRR-MM-DD Do: <input type="text" value="2017-07-21"/> * RRRR-MM-DD
Umowa:	<input type="text"/>
Jednostka org.:	<input type="text" value="GABINET DZIECI CHORYCH LEKARSKI 9"/>
Personel:	<input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
Anulowane:	<input type="checkbox"/> Przenos również wizyty, które nie są aktualne
Przesuń kontakty do:	
Jednostka org.:	<input type="text" value="GABINET DZIECI CHORYCH LEKARSKI 9"/>
Wykonaj:	<input type="checkbox"/> Jeśli nie jest zaznaczone to tylko weryfikacja
Zapoznałem się:	<input type="checkbox"/> Zapoznałem się z pomocą dot. raportu i zdaję sobie sprawę z problemów, które mogą powstać przy nierozważnym stosowaniu raportu
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

[Raport komunikacji z laboratorium](#)

Wydruk	
Od dnia:	<input type="text" value="2017-07-21"/> * RRRR-MM-DD
Do dnia:	<input type="text" value="2017-07-21"/> * RRRR-MM-DD
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Id zlecenia	Data zlecenia	Nazwisko	Imię	Status komunikacji	Czas komunikacji	Informacje dodatkowe
-------------	---------------	----------	------	--------------------	------------------	----------------------

[Raport logowania do systemu](#)

[Raport przepinania zleceń](#)

Wydruk	
Identyfikator kontaktu z którego ma nastąpić przepięcie:	pacjent: <input type="text"/> <input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/> kontakt: <input type="text"/>
Identyfikator kontaktu do którego ma nastąpić przepięcie:	pacjent: <input type="text"/> <input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/> kontakt: <input type="text"/>
Wykonaj:	<input type="checkbox"/> Jeśli nie jest zaznaczone to tylko weryfikacja
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Zbiornicze sprawdzenie uprawnień w systemie eWUŚ

Wydruk	
Użytkownik eWUŚ:	<input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
Jednostka:	<input type="text"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

Zestawienie umów

Wydruk	
Typ umowy:	Proszę wybrać * <input type="checkbox"/> Umowy zawierane z NFZ <input type="checkbox"/> Usługowa <input type="checkbox"/> Cennik (cennik usług dla pacjentów indywidualnych) <input type="checkbox"/> Umowa zakupu na podstawie przetargu <input type="checkbox"/> Umowa usługowa abonamentowa (ubezpieczeniowa) <input type="checkbox"/> Umowy do rozliczeń z ZOZ
Aktywne:	<input checked="" type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> Aktywne <input type="radio"/> Nieaktywne <input type="radio"/> Wszystkie
Kończy się po dniu:	<input type="text"/> RRRR-MM-DD
Kończy się przed dniem:	<input type="text"/> RRRR-MM-DD
Wykonujący:	<input type="checkbox"/> Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Zlecenia badań - analiza transferu *Opis*

Wydruk	
Zakres dat zlecenia:	od dnia: <input type="text"/> RRRR-MM-DD do dnia: <input type="text"/> RRRR-MM-DD
Zakres dat wykonania:	od dnia: <input type="text"/> RRRR-MM-DD do dnia: <input type="text"/> RRRR-MM-DD
Opcje:	<input checked="" type="checkbox"/> Powtarzaj wartości kolumn
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

Zlecenia badań - analiza transferu
zlecenia od: 2017-07-21 do: 2017-07-21

Data i czas zlecenia	Pacjent	Pesel	Nr księgi	Zlecenie z	Lekarz zlecający	Skierowano do	Status transferu	Ostatni transfer	Czas wystania zlecenia	Czas odbioru wyników	Czas pobrania	Id próbki	Id zlec. (OBR-4)	Produkt	Badanie	Kod	Cito
----------------------	---------	-------	-----------	------------	------------------	---------------	------------------	------------------	------------------------	----------------------	---------------	-----------	------------------	---------	---------	-----	------

Raporty magazynowe

Arkusz rozliczenia spisu *Opis*

Wydruk	
Stan dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Status inwentaryzacji:	niezatwierdzona
Nr dokumentu:	
Komórka org.:	Apteka główna
Rodzaj inwentaryzacji:	
Sposób przeprowadzenia:	
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone
Miejsce składowania:	<input type="checkbox"/> grupowanie wg miejsca składowania
Dodatkowe kolumny:	<input type="checkbox"/> drukuj kolumny z nr_serii i datą ważności
Osoba materialnie odpowiedzialna:	Badanie Odpłatne ID:2195 <input type="button" value="Ja"/>
Przewodniczący komisji:	1: <input type="button" value="Ja"/>
Skład komisji:	1: <input type="button" value="Ja"/>
	2: <input type="button" value="Ja"/>
	3: <input type="button" value="Ja"/>
Inne osoby obecne przy spisie:	4: <input type="button" value="Ja"/>
	5: <input type="button" value="Ja"/>
	6: <input type="button" value="Ja"/>
	7: <input type="button" value="Ja"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościarska 9 tel.: 52 3979297
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: -, cz. VIII: -

ARKUSZ SPISU Z
NATURY
Strona nr

Rodzaj inwentaryzacji
Sposób przeprowadzania

Imię i nazwisko
osoby materialnie odpowiedzialnej **Odplatne Badanie**

Nazwa i adres

jednostki inwentaryzowanej Apteka główna,

SKŁAD KOMISJI INWENTARYZACYJNEJ (Imię, nazwisko i stanowisko służbowe)

1. 4.
2. 5.
3. 6.

Spis rozpoczęto dnia 200...r. o godz.

Spis zakończono dnia 200...r. o godz.

PRZEDMIOT SPISYWANY	Jedn. miary	Ilość stwierdzona	Cena jednostkowa		Wartość		Uwagi
			zł	gr	zł	gr	
Nazwa (określenie)							
RAZEM							
Wycenił (imię, nazwisko, podpis):							
Podpisy: osoby odpowiedzialnej materialnie i członków zespołu							
Sprawdził (imię, nazwisko, podpis):							

Arkusz spisu z natury

Wydruk	
Stan dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Komórka org.:	Apteka główna
Rodzaj inwentaryzacji:	
Sposób przeprowadzenia:	
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone
Miejsce składowania:	<input type="checkbox"/> grupowanie wg miejsca składowania
Osoba materialnie odpowiedzialna:	Badanie Odpłatne ID:2195 <input type="button" value="Ja"/>
Skład komisji:	1: <input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
	2: <input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
	3: <input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
	4: <input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
	5: <input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
	6: <input type="text"/> <input type="button" value="Ja"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościarska 9 tel.: 52 3979297
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: -, cz. VIII: -

ARKUSZ SPISU Z
NATURY
Strona nr

Rodzaj inwentaryzacji
Sposób przeprowadzenia

Imię i nazwisko
osoby materialnie odpowiedzialnej **Odpłatne Badanie**

Nazwa i adres

jednostki inwentaryzowanej Apteka główna,

SKŁAD KOMISJI INWENTARYZACYJNEJ (Imię, nazwisko i stanowisko służbowe)

1. 4.
2. 5.
3. 6.

Spis rozpoczęto dnia 200...r o godz.

Spis zakończono dnia 200...r o godz.

PRZEDMIOT SPISYWANY	Jedn. miary	Ilość stwierdzona	Cena jednostkowa		Wartość		Uwagi
			zł	gr	zł	gr	
Nazwa (określenie)							z przeniesienia
Adrenalina WZW 0,1% 1 mg/ml	ampułka						
AHD 1000 250 ml	szk.						
AHD 1000 5 L	litr						
AHD 1000 700 ml	szk.						

[Import cen indeksów TiU *Opis*](#)

[Import faktur *Opis*](#)

[Jednostki, na których występuje lek danej serii](#)

Wydruk	
Raport:	Jednostki, na których występuje lek danej serii
Seria leku:	<input type="text"/> <i>pole wymagane</i>
Nazwa leku:	<input type="text"/> <i>fragment nazwy Indeksu TiU</i>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM

[Książka kontroli magazynu](#)

Wydruk	
Od dnia:	2017-06-01 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-06-30 * RRRR-MM-DD
Używaj nazw międzynarodowych:	<input type="checkbox"/>
Pokaż różnice stanów mag.:	<input type="checkbox"/> Pokazuje stary magazynowe przed i po operacji
Pokaż wszystkie indeksy:	<input type="checkbox"/> Pokazuje nawet te, które nie posiadały żadnych ruchów mag.
Komórka org.:	Apteka główna
Ustawienia filtru	
Pozycja indeksu:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Grupy towarowe:	<input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie <input type="checkbox"/> Artykuły Biurowe (120) <input type="checkbox"/> Artykuły Druki (32) <input type="checkbox"/> Artykuły Opatrunki (48) <input type="checkbox"/> Artykuły Sprzęt medyczny (138) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki czystości (87) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki dezynfekcji (28) <input type="checkbox"/> Leki Antybiotyk (388) <input type="checkbox"/> Leki Artykuł sanitarny (64) <input type="checkbox"/> Leki Dietetyk (271) <input checked="" type="checkbox"/> Leki Inne (3514) <input type="checkbox"/> Leki Kosmetyk (44) <input type="checkbox"/> Leki Lek homeopatyczny (25) <input type="checkbox"/> Leki Lek psychotropowy (92) <input type="checkbox"/> Leki Materiał opatrunkowy (9) <input type="checkbox"/> Leki Materiał szewny (2) <input type="checkbox"/> Leki Narkotyki (41) <input type="checkbox"/> Leki Płyny (97) <input type="checkbox"/> Leki Preparat diagnostyczny (37) <input type="checkbox"/> Leki Surowiec farmaceutyczny (7) <input type="checkbox"/> Leki Szczepionka (46) <input type="checkbox"/> Leki Środek antykoncepcyjny (59) <input type="checkbox"/> Leki Środek dezynfekcyjny (3)
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF

Monitorowanie dat ważności leków [Opis](#)

Wydruk	
Dla komórki org.:	<input type="text" value=""/>
Leki bez daty ważności:	<input type="checkbox"/> wyświetl leki które nie mają podanej daty ważności
Ilość dni:	30 * data dzisiejsza + (wartość pola) dni
Miejsce składowania:	<input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS <input type="radio"/> PDF

Ip	Nazwa leku	Nazwa j.m.	Ilość na stanie	Wartość	Data ważności	Seria	Miejsce składowania	Komórka org.

[Przychód i rozchód](#)

Wydruk					
Układ raportu:	Kolumna 1:	Kolumna 2:	Kolumna 3:	Kolumna 4:	Kolumna 5:
	Suma pośrednia: <input type="checkbox"/>	Suma pośrednia: <input type="checkbox"/>	Z/Do Z/Do - kody OPK Dokument Grupa towarowa Kod grupy (F-K) Indeks Rok Miesiąc Dzień Grupa ATC Miejsce składowania	Suma pośrednia: <input type="checkbox"/>	Suma pośrednia: <input type="checkbox"/>
Wyświetlać:	<input type="checkbox"/> jednostki miary i ilości		<input type="checkbox"/> Dokument w		
Parametry					
Od dnia:	2017-07-21	* RRRR-MM-DD			
Do dnia:	2017-07-21	* RRRR-MM-DD			
Komórka org.:	Apteka główna				
Typ dokumentu:					
Opcje przychodów/rozchodów					
Rodzaj raportu:	<input type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> Przychody <input type="radio"/> Rozchody <input checked="" type="radio"/> Wszystkie				
Dostawca - instytucja:	... X				
Odbiorca - jednostka:					
Wydający:	... Ja				
Opcje dodatkowe					
Rodzaj ceny:	<input type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> Ceny hurtowe <input type="radio"/> Dary <input type="radio"/> Próbkę lekarskie <input type="radio"/> Próbkę do badania klinicznego <input checked="" type="radio"/> Wszystkie				
Pomiń produkcję:	<input checked="" type="checkbox"/>				
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone				
Leki refundowane:	<input type="checkbox"/> zestawienie wyłącznie leków z zaznaczoną opcją: Lek refundowany, na ekranie edycji Indeksy TIU				
Priorytet daty dostawy:	<input type="checkbox"/> Szukaj po dacie dostawy jeśli wypełniono				
Data dostawy:	<input checked="" type="checkbox"/> pomiń dokumenty, których data dostawy wykracza poza okres raportu				
Pokaż sumy stanów:	<input type="checkbox"/>				
Ustawienia filtru					
Pozycja indeksu:	... X				
	<input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie <input type="checkbox"/> Artykuły Biurowe (120) <input type="checkbox"/> Artykuły Druki (32) <input type="checkbox"/> Artykuły Opatrunki (48) <input type="checkbox"/> Artykuły Sprzęt medyczny (138) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki czystości (87) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki dezynfekcji (28) <input type="checkbox"/> Leki Antybiotyk (388)				
Raport noty obciążeniowej <i>Opis</i>					
Rozchód wartościowy z magazynu aptecznego <i>Opis</i>					
Rozchód - udział procentowy grup towarowych <i>Opis</i>					

Od dnia:	2017-07-21	RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21	RRRR-MM-DD
Grupa nadrzędna:	Leki	
Grupy uwzględnione:	Proszę wybrać * <input type="checkbox"/> Lek Anitybiotyik <input type="checkbox"/> Lek Artykuł sanitarny <input type="checkbox"/> Lek Dietetyk <input type="checkbox"/> Lek Inne <input type="checkbox"/> Lek Kosmetyk <input type="checkbox"/> Lek Lek homeopatyczny <input type="checkbox"/> Lek Lek psychotropowy <input type="checkbox"/> Lek Materiał opatrunkowy <input type="checkbox"/> Lek Materiał szewny <input type="checkbox"/> Lek Narkotyki <input type="checkbox"/> Lek Płyny <input type="checkbox"/> Lek Preparat diagnostyczny <input type="checkbox"/> Lek Surowiec farmaceutyczny <input type="checkbox"/> Lek Szczepionka <input type="checkbox"/> Lek Środek antykoncepcyjny <input type="checkbox"/> Lek Środek dezynfekcyjny	
Apteka:	Apteka główna	
Typy jednostek:	Proszę wybrać * <input type="checkbox"/> Gabinet <input type="checkbox"/> Gabinet na oddziale/izbie przyjęć <input type="checkbox"/> Poradnia <input type="checkbox"/> Oddział <input type="checkbox"/> Izba przyjęć <input type="checkbox"/> Przychodnia <input type="checkbox"/> Instrument/Stanowisko <input type="checkbox"/> Punkt pobrań <input type="checkbox"/> Blok operacyjny <input type="checkbox"/> Sala operacyjna <input type="checkbox"/> Pogotowie <input type="checkbox"/> Karetka <input type="checkbox"/> Szpitalny Oddział Ratunkowy <input type="checkbox"/> Zespół ratowniczy <input type="checkbox"/> Odcinek <input type="checkbox"/> Podwykonawca zewnętrzny <input type="checkbox"/> Magazyn użytkownika <input type="checkbox"/> Kasa <input type="checkbox"/> Bank Kwi <input type="checkbox"/> Inne...	
Opcje:	<input checked="" type="checkbox"/> Ukrywanie rekordów z wartościami zerowymi	
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF	

[Rozliczenie remanentu *Opis*](#)

[Różnice remanentu na podstawie dokumentu rozliczenia *Opis*](#)

[Stan na dzień...](#)

Wydruk	
Stan dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Od dnia:	<input type="text"/> RRRR-MM-DD (brak wartości - od ostatniego remanentu)
Opcje:	<input checked="" type="checkbox"/> Wyświetlać jednostki miary <input type="checkbox"/> Wyświetlać jednostki miary, data ważności, seria <input type="checkbox"/> Wyświetlać informacje (nazwa międzynarodowa, kod kreskowy, kod BAZYL, kod BLOZ) <input type="checkbox"/> Sortuj po nazwach międzynarodowych <input type="checkbox"/> Wyświetlać szczegóły <input type="checkbox"/> Wyświetlać stany zerowe <input type="checkbox"/> Podsumuj według ceny <input type="checkbox"/> Przelicz jm do jednostek wydań na pacjenta
Rodzaj ceny:	Wszystkie <input type="button" value="v"/>
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone
Jednostka:	Apteka główna <input type="button" value="v"/>
Fragment nazwy leku:	<input type="text"/>
Nazwa międzynarodowa:	<input type="text"/>

Ustawienia filtra	
Pozycja indeksu:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Grupy towarowe:	<input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie <input type="checkbox"/> Artykuły Biurowe (120) <input type="checkbox"/> Artykuły Druki (32) <input type="checkbox"/> Artykuły Opatrunki (48) <input type="checkbox"/> Artykuły Sprzęt medyczny (138) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki czystości (87) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki dezynfekcji (28) <input type="checkbox"/> Leki Antybiotyk (388) <input type="checkbox"/> Leki Artykuł sanitarny (64) <input type="checkbox"/> Leki Dietetyk (272) <input type="checkbox"/> Leki Inne (3514) <input type="checkbox"/> Leki Kosmetyk (44) <input type="checkbox"/> Leki Lek homeopatyczny (25) <input type="checkbox"/> Leki Lek psychotropowy (92) <input type="checkbox"/> Leki Materiał opatrunkowy (9) <input type="checkbox"/> Leki Materiał szewny (2) <input type="checkbox"/> Leki Narkotyki (41) <input type="checkbox"/> Leki Płyny (97) <input type="checkbox"/> Leki Preparat diagnostyczny (37)
	<input type="checkbox"/> Leki Płyny (97) <input type="checkbox"/> Leki Preparat diagnostyczny (37) <input type="checkbox"/> Leki Surowiec farmaceutyczny (7) <input type="checkbox"/> Leki Szczepionka (46) <input type="checkbox"/> Leki Środek antykoncepcyjny (59) <input type="checkbox"/> Leki Środek dezynfekcyjny (3)
Miejsce składowania:	<input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie
Dostawca - instytucja:	<input type="button" value="..."/> <input type="button" value="X"/>
Stan z natury:	<input type="checkbox"/> Czy wydrukować dodatkową pustą kolumnę Stan z natury?
Informacje o pozycji (dotyczy jedynie widoku szczegółowego):	<input type="checkbox"/> nr serii <input type="checkbox"/> data ważności <input type="checkbox"/> krótki termin ważności <input type="checkbox"/> wprowadzony mechanizm "STOP-ORDER"
Inwentaryzacja:	<input type="checkbox"/> Czy Wykonanie zestawienia jest inwentaryzacją w magazynie? Rodzaj inwentaryzacji: <input checked="" type="radio"/> roczna <input type="radio"/> zdawczo-odbiorcza <input type="radio"/> sprawdzająca Sposób przeprowadzenia: <input type="checkbox"/> z natury
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS

[Wykaz zablokowanych\(anulowanych\) indeksów TIU i pozycji dokumentów mag. Opis](#)

[Wykaz zamówień](#)

Wydruk	
Okres:	od dnia: 2017-07-21 * RRRR-MM-DD do dnia: 2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Typy zamówień:	<input checked="" type="radio"/> Proszę wybrać * <input type="radio"/> ZM - Zamówienie wewnętrzne <input type="radio"/> ZZ - Zamówienie zewnętrzne
Zamówienia z komórki org.:	<input type="text"/>
Zamówienia do komórki org.:	<input type="text"/>
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS <input type="radio"/> PDF

Wyszukiwanie leków

Lp.	Indeks TiU	Jednostka miary	Suma zamówień	Jednostka zamawiająca	Osoba zamawiająca	Data zamówienia
8						

Zestawienie obrotów aptecznych

Wydruk	
Od dnia:	2017-04-03 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Z magazynu:	Apteka główna
Do jednostki:	GABINET DZIECI ZDROWYCH LEKARSKI 16
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF

Zestawienie przychodów

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Magazyn:	Apteka główna
Sortowanie wg:	Dokumentów
Data dostawy:	<input checked="" type="checkbox"/> pomiń dokumenty, których data dostawy wykracza poza okres raportu
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF

Data dokumentu	Data dostawy	Typ dokumentu	Nr dokumentu (nr wew.)	Nr faktury (nr zewn.)	Dostawca	Suma brutto faktury	Suma brutto pozycji faktury
						0,00 zł	0,00 zł

Zestawienie rozchodów

Wydruk	
Od dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Do dnia:	2017-07-21 * RRRR-MM-DD
Z magazynu:	Apteka główna
Sortowanie wg:	Dat dokumentów
Do jednostki:	Dat dokumentów
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> PDF

Zestawienie stanów minimalnych

Wydruk	
Stany minimalne dnia:	2017 - 07 - 21 RRRR-MM-DD
Komórka org.:	Apteka główna
Ustawienia filtru	
Pozycja indeksu:	... X
Grupy towarowe:	<input checked="" type="checkbox"/> Wszystkie <input type="checkbox"/> Artykuły Biurowe (120) <input type="checkbox"/> Artykuły Druki (32) <input type="checkbox"/> Artykuły Opatrunki (48) <input type="checkbox"/> Artykuły Sprzęt medyczny (138) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki czystości (87) <input type="checkbox"/> Artykuły Środki dezynfekcji (28) <input type="checkbox"/> Leki Antybiotyki (388) <input type="checkbox"/> Leki Artykuł sanitarny (64) <input type="checkbox"/> Leki Dietetyk (272) <input type="checkbox"/> Leki Inne (3514) <input type="checkbox"/> Leki Kosmetyk (44) <input type="checkbox"/> Leki Lek homeopatyczny (25) <input type="checkbox"/> Leki Lek psychotropowy (92) <input type="checkbox"/> Leki Materiał opatrunkowy (9) <input type="checkbox"/> Leki Materiał szewny (2) <input type="checkbox"/> Leki Narkotyki (41) <input type="checkbox"/> Leki Płyny (97) <input type="checkbox"/> Leki Preparat diagnostyczny (37) <input type="checkbox"/> Leki Surowiec farmaceutyczny (7) <input type="checkbox"/> Leki Szczepionka (46) <input type="checkbox"/> Leki Środek antykoncepcyjny (59) <input type="checkbox"/> Leki Środek dezynfekcyjny (3)
Tylko stany przekroczone:	<input type="checkbox"/>
Dokumenty zatwierdzone:	<input type="checkbox"/> analizuj tylko dokumenty, które zostały zatwierdzone
Format:	<input checked="" type="radio"/> HTM <input type="radio"/> CSV <input type="radio"/> XLS <input type="radio"/> PDF

SYSTEM musi posiadać wszystkie wydruki zgodne z przepisami prawa i wymogami instytucji państwowych.

1. Wymagania dla modułów ZSI

1.1. Zgodność z aktami prawnymi i normami

L.p.	Wymagania
Zgodność z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej w kraju, w tym:	
1.	Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urzędnicy i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. 2004 nr 100, poz.1024).
2.	Ustawa z dnia 7.12.2012 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U 2013, poz. 235)
3.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie krajowych ram interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz.U. 2012 r., poz. 526)
4.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2006r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (z dnia 29 lipca 2005).
5.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania
6.	Ustawa z 29 czerwca 1997r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenie MSWiA z 29 kwietnia 2004r., w szczególności system musi przechowywać informacje o:
7.	✓ dacie wprowadzenia danych osobowych,
8.	✓ identyfikator użytkownika wprowadzającego dane osobowe,
9.	✓ źródło danych (o ile dane nie pochodzą od osoby, której te dane dotyczą),

ponadto:

1. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urzędnicy i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. 2004 nr 100, poz.1024 z późniejszymi zmianami).

2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie krajowych ram interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz.U. 2012 r., poz. 526 z późniejszymi zmianami)

2. Dokumenty (wszystkie skierowania, zlecenia, orzeczenia z możliwością wydruku z określonego podajnika Dz.U. z 2016 r. poz. 922 do konsultacji)

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w

sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 1249 z późniejszymi zmianami)

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069 z późniejszymi zmianami)

5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami)

6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późniejszymi zmianami)

7. Oprogramowanie będzie spełniało wszystkie wymagania norm prawnych regulujących funkcjonowanie opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

8. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z późniejszymi zmianami)

SKIEROWANIA

Możliwość wystawienia dokumentów:

Skierowania zewnętrzne (wszystkie wydruki muszą być zgodne z rozporządzeniem):

- a) **Skierowanie do poradni (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)**

Przykłady:

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy
Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska
Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res. : cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz.VI: -, cz.VII: 001, cz.VIII:
0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Proszę o: Poradę specjalistyczną

Pana: Testowy Test lat 26

Adres: Kościerska 9 , Chojnice 89-600

PESEL: PESEL: 90090515836

Telefon: -

Rozpoznanie: (I10) Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

Cel porady (uzasadnienie): _____

Badania dotychczas wykonane: _____

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

_____ podpis i pieczęć lekarza

Uwagi poradni specjalistycznej: _____

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem: _____

Termin wyznaczonej porady: _____

b) Skierowanie do szpitala (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Pana Testowy Test data urodzenia 1990-09-05

Oznaczenie płci: M Adres: Kościerska 9, Chojnice 89-600

PESEL: PESEL: 90090515836 Telefon: -

Do: szpitala, szpitala klinicznego, instytutu
w _____

oddział _____

Rozpoznanie: (I10) Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

Termin uzgodnionego przyjęcia: _____

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

podpis i pieczęć lekarza

pieczęć szpitala, adres, telefon, numer umowy

(miejscowość, data)

Uwagi szpitala: _____

Data zgłoszenia się ze skierowaniem: _____

Termin przyjęcia do Szpitala: _____

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent: _____ Data urodzenia: _____

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia: _____

podpis i pieczęć lekarza

c) Skierowanie do szpitala psychiatrycznego (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res. : cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz.VI: -, cz.VII: 001, cz.VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11.0000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22 14:59



SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

nazwa i adres

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję do szpitala psychiatrycznego

Pana Testowy Test syna _____

ur. 1990-09-05 w _____

zamieszkałego samotnie w:

Kościerska 9, 89-600 Chojnice

1. Stan cywilny: panna/kawaler
2. Zatrudnienie: czynna(y) zawodow
3. Wykształcenie: podstawowe
4. Rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej: Pesel
5. PESEL: PESEL: 90090515836
6. Osoba badana nie jest ubezwłasnowolniona
7. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego):
 - a) małżonek: .
 - b) osoba sprawująca opiekę faktyczną: .
 - c) przedstawiciel ustawowy: .
8. Wywiad od osoby badanej:
9. Wywiad od rodziny i innych osób:
10. Ocena stanu fizycznego:

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

11. Ocena stanu psychicznego:

12. Rozpoznanie wstępne: (I10) Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

13. Stwierdzam, że:

14. Skierowanie jest ważne 14 (czternaście) dni od daty wystawienia. Wskazany okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

podpis i pieczęć lekarza

d) Skierowanie na badanie w kierunku HIV (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17
Numer umowy: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

DO INSTYTUTU WENEROLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE
SKIEROWANIE NA BADANIE W KIERUNKU HIV
(wypełnia lekarz kierujący na badania)

Test	Testowy	
<hr/> nazwisko	<hr/> imię	
Pierwsze litery: <input type="checkbox"/> nazwiska <input type="checkbox"/> imienia	lub hasło: _____	
Data urodzenia: 1990-09-05 (RRRR/MM/DD)	PESEL: PESEL: 90090515836	
Imię ojca: _____	Imię matki: _____	
Kod oddziału NFZ: R	Obywatelstwo: Polska	
Płeć: Mężczyzna	Orientacja: _____	
Powód badań:		
<input checked="" type="checkbox"/> narkoman	<input type="checkbox"/> więzień	<input type="checkbox"/> dawca tkanek
<input type="checkbox"/> dziecko	<input type="checkbox"/> alkoholik	<input type="checkbox"/> zgwałcona(y)
<input type="checkbox"/> biorca tkanek	<input type="checkbox"/> prac. służby zdrowia	<input type="checkbox"/> prostytutka
<input type="checkbox"/> ukłuta(y)	<input type="checkbox"/> hemofilia	<input type="checkbox"/> pacjent (obserwacja)
<input type="checkbox"/> ciężarna		
Adres: ul. Kościerska 9, 89-600 Chojnice		
Inne: _____		
	lek. med. Kowalski Jan lekarz chorób wew. 5365417	

	podpis i pieczęć lekarza	

Wyniki badania przesiewowego w kierunku hiv
(wypełnia laboratorium)

Test	Testowy
<hr/> nazwisko	<hr/> imię
<hr/> czytelny adres pod który należy wysłać wyniki	
Numer badania: _____	Wynik testu EIA
Data badania: _____	
_____	_____
pieczęćka laboratorium	pieczęćka i podpis kierownika laboratorium

e) Skierowanie do objęcia opieką pielęgniarską długoterminową (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17
Numer umowy: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

SKIEROWANIE DO OBJĘCIA PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ

Nazwisko i imię pacjenta: Test Testowy Płeć: M
PESEL: PESEL: 90090515836 Data urodzenia: 1990-09-05
Adres: 89-600, Chojnice, ul. Kościerska 9

I. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

II. Badanie przedmiotowe: waga kg wzrost cm

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe: _____

odleżyny owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

2. Układ oddechowy: _____

3. Układ krążenia: _____ ciśnienie krwi: _____ tętno/min: _____

4. Układ pokarmowy: _____

gastrostomia owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

5. Układ moczowo-płciowy: _____

nietrzymanie moczu cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności w samoobsłudze i samopielęgnacji: _____

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób / przedmiotów ortopedycznych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów: _____

8. Rozpoznanie (choroba zasadnicza - kod ICD-10): (I10) Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

III. Stwierdzam, że osoba ww. wymaga pielęgnacji i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zalecenia lekarskie: _____

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

podpis i pieczęć lekarza

f) Skierowanie do objęcia opieką pielęgniarską długoterminową (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:

Imię i nazwisko: Testowy Test PESEL: PESEL: 90090515836

Adres zamieszkania: Kościerska 9 89-600 Chojnice

Gmina: Chojnice gmina miejska

Rozpoznanie: (I10) Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji): _____

	1)	2)	3)
Rodzaj zabiegów (dla lekarza poradni rehabilitacyjnej)			
ilość powtórzeń/czas zabiegu			
Parametry			
Okolica ciała			

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

podpis i pieczęć lekarza

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

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

g) Skierowanie na badania (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy
Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska
Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res. : cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz.VI: -, cz.VII: 001, cz.VIII:
0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17
Numer umowy: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

SKIEROWANIE NA BADANIA

Pan Testowy Test Płeć Mężczyzna

Data urodzenia 1990-09-05 lat 26

Adres: Kościerska 9, Chojnice 89-600

Telefon: -

PESEL: PESEL: 90090515836

Rozpoznanie: (I10) Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

Lista badań:

Dodatkowe informacje: _____

Inne badania: _____

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

podpis i pieczęć lekarza

h) Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NIF: 11/000069/POZ/13/17
Numer umowy: 11/000069/POZ/13/17
Numer skierowania: _____
(pieczęć świadczeniodawcy z numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia) (nr ewidencyjny skierowania nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową

Nazwisko i imię Test Testowy PESEL: 90090515836
Adres: Kościerska 9, Chojnice 89-600 Telefon: -
Adres do korespondencji: _____
Dotyczy dzieci
Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka _____ Pesel: _____
Rodzaj szkoły, klasa _____

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

Szczepienie ochronne (dotyczy dzieci): _____
Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (rok/uzdrowisko): _____

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE

Waga kg _____ Wzrost cm _____ RR _____ Tętno / min. _____
Skóra i węzły chłonne obwodowe _____
Układ oddechowy z oceną wydolności _____
Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA (jeżeli dotyczy) _____
Układ trawienny _____
Układ moczopłciowy z oceną wydolności nerek _____
Układ ruchu _____
Zdolność do samoobsługi TAK NIE
Ocena sprawności ruchowej samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy _____
(określić rodzaj niezbędnej pomocy np. wózek inwalidzki)

Układ nerwowy, narządy zmysłu _____
Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowanie w języku polskim
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie ICD-10 I 1 0
Choroby współistniejące:

ICD-10

ICD-10

SKIEROWANIE UZDROWISKOWE

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych**:

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*

TAK NIE

III. **AKTUALNE WYNIKI BADAŃ** laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych
(W przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

OB _____ morfologia krwi _____
Badanie ogólne moczu _____
RTG klatki piersiowej _____
EKG _____
inne _____

IV. **WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO / REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ***

UZDROWISKO: NADMORSKIE NIZINNE PODGÓRSKIE GÓRSKIE

RODZAJ ŚWIADCZENIA: UZDROWISKOWE LECZNICZE SZPITALNE
 UZDROWISKOWE LECZNICZE SANATORYJNE
 UZDROWISKO LECZNICZE AMBULATORYJNE
 UZDROWISKOWA REHABILITACJA W SZPITALU UZDROWISKOWYM
 UZDROWISKOWA REHABILITACJA W SANATORIUM UZDROWISKOWYM

2017-05-22

(data)

(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

V. **OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE / REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ***

(Wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa*:

WSKAZANE PRZECIWWSKAZANE BRAK WSKAZAŃ

Propozycja miejsca leczenia _____

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwie zaznaczyć):

SZPITAL UZDROW. SANATORIUM UZDROW. PRZYCHODNIA UZDROW.

(data)

(podpis i pieczęć lekarza)

VI. **POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ***

(Wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: szpital uzdrowiskowy / sanatorium uzdrowiskowe / przychodnia uzdrowiskowa

Uzdrowisko _____

Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego _____

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok): od _____ do _____

(data)

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

* Niepotrzebne skreślić

** Określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921, z 2009 r. Nr 62, poz. 504 oraz z 2011 r. Nr 73, poz. 390 i Nr 112, poz. 654).

i) **Skierowanie na pracowni diagnostycznej (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)**

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res. : cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz.VI: - , cz.VII: 001, cz.VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17
Numer umowy: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

Proszę o badanie: _____

u Pana Testowy Test lat 26

Adres: Kościerska 9 , Chojnice 89-600

Telefon: -

PESEL: PESEL: 90090515836

Rozpoznanie: (I10) Samoistne (pierwotne) nadciśnienie

Cel badania (uzasadnienie): _____

Badania dotychczas wykonane: _____

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

podpis i pieczęć lekarza

Uwagi pracowni diagnostycznej: _____

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem: _____

Wyznaczony termin badania: _____

Czytelny podpis pracownika
pracowni diagnostycznej

- j) **Skierowanie na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)**

*Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r.*

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
80-604 Chojnice, Kościarska 9
REGON: 090103259, NIP: 5551783986
Nazwa (skrócony): Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa kompletna: PORADNIA LECARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody em.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11600069PCO2/13/17

**SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ
POZOSTAJĄCYCH W ZAKRESIE ZADAŃ
PIELĘGNIARKI POZ; POŁOŻNEJ POZ; PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ**

Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko: Testowy Test

Numer PESEL: 90090515836

Adres zamieszkania:

ul. Kościarska 9, 89-600 Chojnice

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim):

(do wypełnienia, jeśli jest wymagane zasadami sprawozdawczości z realizacji świadczeń na podstawie odrębnych przepisów)

Zlecenie lekarskie (nazwa zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania lub opis zlecanego zabiegu oraz czasookres i częstotliwość wykonywania i warunki (miejsce realizacji, inne):

Uwagi:

Chojnice, 2017-07-18

Miejscowość, data

lek.med Kowalski Jan Dyrektor

podpis i pieczęć lekarza poz
lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

k) **Skierowanie na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)**

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17
Numer umowy: 11/000069/POZ/13/17

Chojnice, 2017-05-22

Skierowanie na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej do

W związku z podejrzeniem choroby zawodowej proszę o przeprowadzenie badań i wydanie orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej albo o braku podstaw do jej rozpoznania u osoby:

1. Imię i nazwisko **Testowy Test**
2. Data i miejsce urodzenia **1990-09-05**
3. Adres zamieszkania **89-600, Chojnice, ul. Kościerska 9**
4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada **90090515836**
5. Aktualna sytuacja zawodowa: **pracownik emeryt rencista bezrobotny**
Inna forma wykonywania pracy _____
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)
Pełna nazwa _____
Adres _____
Numer identyfikacyjny REGON _____

7. Wywiad zawodowy**

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe)

8. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy podejrzenie

9. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonych w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

10. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

11. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

SKIEROWANIE NA BADANIA W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM CHOROBY ZAWODOWEJ

12. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Pełna nazwa _____

Adres _____

Numer identyfikacyjny REGON _____

13. Stanowisko pracy, wydział, oddział

14. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności)

2017-05-22

lek. med. Jan Kowalski
lekarz chorób wew.
5365417

Data

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej podejrzenie choroby zawodowej

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych**)

2. Wyniki badań dodatkowych**)

3. Wyniki konsultacji specjalistycznych**)

4. Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**)

*) Niepotrzebne skreślić.

***) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

I) Oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
(dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Dziennik Ustaw

- 2 -

Poz. 438

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 marca 2015 r. (poz. 438)

Załącznik nr 1

WZÓR

OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Oświadczenie wypełnia się czytelnie piórem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

I. Składający oświadczenie		
1. Imię i nazwisko		
2. Adres zamieszkania		
ulica		nr domu
kod i miejscowość		nr mieszkania
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		
4. Dokument potwierdzający tożsamość		
rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> karta pobytu ¹⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ²⁾	
seria i numer		
II. Treść oświadczenia		
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia – wypisane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia ³⁾
		od (rrr/mm/dd) do (rrr/mm/dd)
III. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.):		
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁵⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁶⁾ <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁷⁾		
IV. Świadczeniodawca⁸⁾ przyjmujący oświadczenie		
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.		
1. Pieczęć lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrr/mm/dd)

OBJAŚNIENIA

- ¹⁾ Karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.) – w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ Dokument podróży, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 680, z późn. zm.) – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- ³⁾ Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
- ⁴⁾ Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.
- ⁵⁾ Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub pogoju oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ⁶⁾ Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub pogoju, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ⁷⁾ Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
- a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,
 - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ukończyła szkołę:
 - ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
 - wyższą – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,
 - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,
 - d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
- ⁸⁾ Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345).
-

m) Druk z ustawy „za życiem” (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

.....dnia..... r.
nazwa i adres podmiotu leczniczegomięjscość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawnijące do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4
ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) oraz art. 47 ust. 1a i art.
47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)*

Nazwisko i imię dziecka.....
Data urodzenia

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....
zamieszkała(y).....

**Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub
w czasie porodu.**

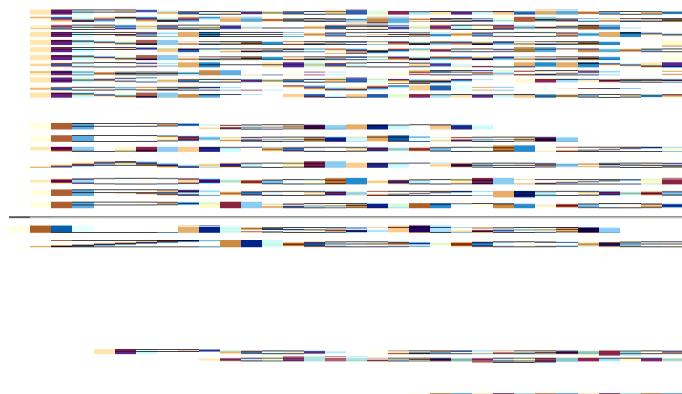
.....
Pieczętka i podpis lekarza

Zlecenia

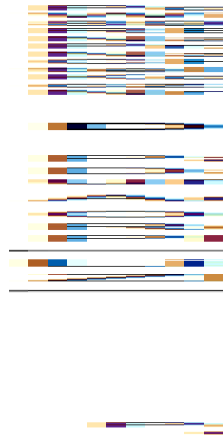
Możliwość wystawienia dokumentów:

(wszystkie wydruki muszą być zgodne z rozporządzeniem):

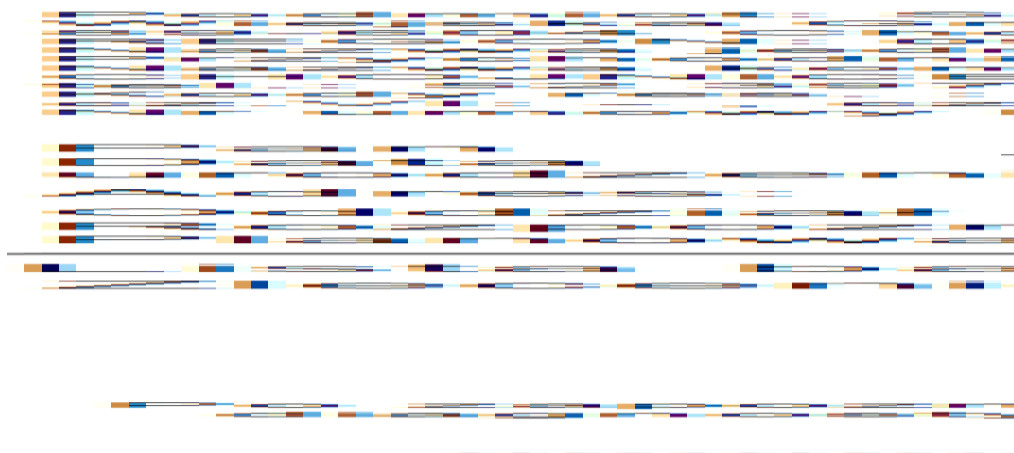
1. **Zlecenia na zabiegi: (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)**



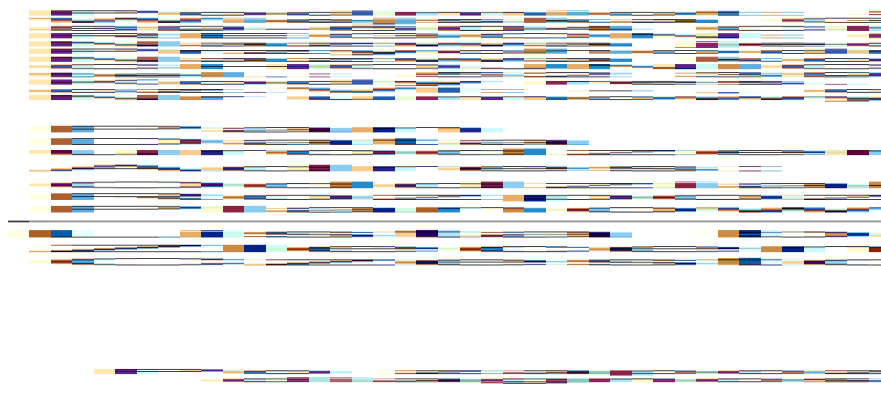
2. **Zlecenie na badania laboratoryjne (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)**



3. **Zlecenie na badanie ultrasonograficzne: (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)**



4. Zlecenie stałe. (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)



5. Zlecenie na transport POZ (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowy)

ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(eg) Testowy Test
 lat 26

adres 89-600 Chojnice, Kościarska 9 /
 PESEL 90090515836 telefon
 rozpoznanie.....
 kod(ICD10).....

stopień niesprawności pacjenta
 I stopień niesprawności
 II stopień niesprawności

z GABINET LEKARSKI CHOJNICE 101

w dniu 2017-07-18 o godzinie 08:02
 w pozycji.....

do.....

cel przewozu

1. konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	
2. potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przeksięcia 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	

Pouczenie dla ubezpieczonego:

Zgodnie z § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku zlecenia transportu sanitarnego ubezpieczonemu w celu innym niż:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym lub wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
- 2) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

ubezpieczony zobowiązany jest do pokrycia 60% kosztów transportu sanitarnego.

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

 Podpis ubezpieczonego

 podpis i pieczęć lekarza

WYPEŁNIENIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM
	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 _____
	_____ Pieczęć i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
WYPEŁNIENIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY
	Data przyjęcia do realizacji _____
	_____ Pieczęć podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ
	Liczba sztuk _____ Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) _____

	Cena detaliczna wyrobu medycznego _____ Kwota refundacji _____ Dopłata świadczeniobiorcy _____
	Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem
	_____ Data, pieczęć i podpis osoby realizującej zlecenie
	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)
	_____ podpis osoby odbierającej***
	***W przypadku osoby nieświadomej forma potwierdzenia odbioru może być również faktycznym podpisem złożonym w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.

ZGŁOSZENIA

1. Zgłoszenie na karty podejrzenia choroby zawodowej (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-804 Chojnice, Kościelna 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody rek.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17

Data wydruku: 2017-07-18

Państwowy Powiatowy/ Graniczny/ Wojewódzki Inspektor sanitarny, Państwowy Inspektor sanitarny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 14 marca 1995 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2014 r. Nr 242, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 160), Komendant/ Inspektor Wojtkowego Ośrodka Medycyny Przemysłowej**

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

- Imię i nazwisko Testowy Test
- Data i miejsce urodzenia 1990-09-05
- Adres zamieszkania 89-600, Chojnice, ul. Kościelna 9
- Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada 90090515836
- Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik / emeryt / rencista / bezrobotny***
Inna forma wykonywania pracy _____
- Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)
Pełna nazwa _____
Adres _____
Numer identyfikacyjny REGON _____
- Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej
Pełna nazwa _____
Adres _____
Numer identyfikacyjny REGON _____
- Stanowisko i rodzaj pracy _____
- Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie _____
- Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonych w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy _____
- Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej _____
- Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej _____
- Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej _____

lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

Data

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej podejrzenie choroby zawodowej

*) W przypadku pracownika lub byłego pracownika należy podać imię i nazwisko.

**) Podkreślić nazwę właściwego inspektora sanitarnego, któremu zgłasza się podejrzenie choroby zawodowej.

***) Niepotrzebne skreślić.

2. Zgłoszenie ZLK -3 (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

<p>Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Węjska Gminy Chojnice 85-804 Chojnice, Kościeliska 9 REGON: 090103299, NIP: 5551783986 Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE tel.: 52 3979297 Kody res. : cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010 Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17</p>	<p>ZLK-3 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania* na chorobę przenoszoną drogą płciową¹⁾</p>	<p>Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w: <u>Piłsudskiego 39, 89-620 Chojnice</u></p>
<p>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text" value="090103299"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text" value="2202011"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input type="text" value="33"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text" value="0010"/></p>	<p>Uwagi: ¹⁾ Dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na kiłę, rzeżączkę i chłamydiozy przenoszone drogą płciową. Nie dotyczy innych zakażeń lub chorób, w tym HIV oraz AIDS, zgłaszanych na innych formularzach. ²⁾ Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). ³⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.</p>	
<p>I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*</p> <p>1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr)</p> <p><input type="text" value="I10"/> <u>Samoistne (pierwotne) nadciśnienie</u> <input type="text" value="22/05/2017"/></p> <p><small>* Niepotrzebne skreślić</small></p>		
<p>II. DANE CHOROGE</p> <p>1. Nazwisko <input type="text" value="Test"/></p> <p>2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) 4. Nr PESEL</p> <p><input type="text" value="Testowy"/> <input type="text" value="05/09/1990"/> <input type="text" value="90090515836"/></p> <p>5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K)</p> <p><input type="text" value=""/> <input type="text" value="M"/></p> <p>Adres miejsca zamieszkania:</p> <p>7. Kod pocztowy 8. Miejscowość</p> <p><input type="text" value="89-600"/> <input type="text" value="Chojnice"/></p> <p>9. Gmina <input type="text" value="Chojnice gmina miejska"/></p> <p>10. Ulica 11. Nr domu 12. Nr lokalu</p> <p><input type="text" value="Kościerska"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value=""/></p> <p><small>** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych</small></p>		

3. Zgłoszenie ZLK -4 (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

<p>Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice 83-404 Chojnice, Kościelna 9 REGON: 090103299, NIP: 5551783986 Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE tel.: 52 3979297 Kody res. : cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010 Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17</p>	<p>ZLK-4 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV / zachorowania na AIDS / zgonu osoby zakażonej HIV / chorej na AIDS*</p>	<p>Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w: <u>Piłsudskiego 39, 83-620 Chojnice</u></p>
<p>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> Część II. TERYT siedziby <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> Część III. Podmiot tworzący³⁾ <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="3"/> Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/></p>	<p>Uwagi: ¹⁾ Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). ²⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. ³⁾ Niepotrzebne skreślić.</p>	
<p>I. ROZPOZNIANIE/PODEJRZENIE*</p> <p>1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rrr)</p> <p><input type="text" value="I"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <u>Samolotne (pierwotne) nadciśnienie</u> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> / <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> / <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/></p> <p>4. Informacje dotyczące rozpoznania</p> <p>A. Nowo wykryte zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)</p> <p>Badanie potwierdzające:</p> <p>numer badania _____ data badania: _____</p> <p>metoda:</p> <p><input type="checkbox"/> western-blot <input type="checkbox"/> badanie wirusologiczne <input type="checkbox"/> badanie molekularne</p> <p><input type="checkbox"/> Inna (wpisać jaka) _____</p> <p>Jednostka zlecająca badanie: _____ tel. _____</p> <p>Laboratorium potwierdzające: _____ tel. _____</p> <p>Stan kliniczny przy rozpoznaniu HIV:</p> <p><input type="checkbox"/> ARS <input type="checkbox"/> zakażenie bezobjawowe <input type="checkbox"/> objawy choroby HIV, nie-AIDS <input type="checkbox"/> AIDS</p> <p>B. Rozpoznanie AIDS</p> <p>Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą definitywną: Choroby wskazujące na AIDS rozpoznane metodą prawdopodobną:</p> <p>1. _____ 1. _____</p> <p>2. _____ 2. _____</p> <p>3. _____ 3. _____</p> <p>4. _____ 4. _____</p> <p>5. Zgon osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS* – przyczyna podejrzenia lub rozpoznania zgonu</p> <p>Kod ICD-10 Określenie słowne Data (dd/mm/rrr)</p> <p><input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> _____ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p><small>* Niepotrzebnie skreślić.</small></p>		

II. DANE CHOREGO*

1. Nazwisko

T e s t

2. Imię

T e s t o w y

3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

0 5 / 0 9 / 1 9 9 0

4. Nr PESEL

9 0 0 9 0 5 1 5 8 3 6

5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu**

6. Płeć (M, K)

M

7. Wiek***

Adres miejsca zamieszkania:

8. Kod pocztowy

8 9 - 6 0 0

9. Miejscowość

C h o j n i c e

10. Ulica

K o ś c i e r s k a

11. Nr domu

9

12. Nr lokalu

*Jeżeli pacjent zastrzeże dane osobowe, należy wpisać: zamiast nazwiska i imienia – w poz. 1 i 2 inicjały imienia i nazwiska lub hasło; zamiast daty urodzenia – w poz. 7 wiek; zamiast adresu – w poz. 9 nazwę powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Pacjent nie może zastrzeżać danych o płci.

** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.

*** Nie wypełniać w przypadku wpisania daty urodzenia.

III. DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Badanie w kierunku HIV:

data ostatniego ujemnego badania: _____ data pierwszego dodatniego badania: _____

AIDS: data rozpoznania pierwszego epizodu: _____

Liczba komórek CD4 w odstępie 3 miesięcy od rozpoznania HIV/AIDS: _____

Leczenie ARV przed rozpoznaniem AIDS/zgonem:

 TAK NIE Nie wiadomo

Przynależność do grup szczególnie narażonych:

 IDU MSM,WSW CSW Pracownicy ochrony zdrowia/personel medyczny

Drogi nabycia zakażenia:

 kontakt homoseksualny kontakt heteroseksualny kontakt seksualny, brak dokładnych danych wstrzyknięcie narkotyku wertykalna transfuzja krwi/preparatów krwiopochodnych jatrogena Inna (jaka?) _____

Inne choroby przenoszone drogą płciową: _____

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA / KIEROWNIKA SZPITALA

1. Pieczętka Imienna

2. Telefon kontaktowy:

3. Podpis

4. Zgłoszenie ZLK -2 (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

<p>Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Węjska Gminy Chojnice 89-604 Chojnice, Kołczeniowa 3 REGON: 080102298, NIP: 696178286 Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE tel.: 52 3975057 Kody rek.: cz. I: 00000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010 Nr umowy NFZ: 11000069/POZ/213/17</p>	<p>ZLK-2 Zgłoszenie podejrzenia łub rozpoznania* gruźlicy</p>	<p>Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny Inspektor Sanitarny w: Piłsudskiego 39, 89-620 Chojnice</p>
<p>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej 0 9 0 1 0 3 2 9 9 Część II. TERYT siedziby 2 2 0 2 0 1 1 Część III. Podmiot tworzący³⁾ 3 3 Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej 0 0 1 0</p>	<p>Uwagi: ¹⁾ Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). Praktyki lekarskie wypełniają tylko części I i II resortowego kodu identyfikacyjnego podmiotu. ²⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. ³⁾ Niepotrzebne skreślić.</p>	
<p>I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*</p> <p>1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rrr) I10 Samoistne (pierwotne) nadciśnienie 22/05/2017</p> <p><small>* Niepotrzebne skreślić</small></p>		
<p>II. DANE CHOROGE</p> <p>1. Nazwisko Test</p> <p>2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rrr) 4. Nr PESEL Testowy 05/09/1990 90090515836</p> <p>5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K) 6A. Telefon kontaktowy do chorego/opiekuna prawnego M </p> <p>Adres miejsca zamieszkania:</p> <p>7. Kod pocztowy 8. Miejscowość 89-600 Chojnice</p> <p>9. Gmina Chojnice gmina miejska</p> <p>10. Ulica 11. Nr domu 12. Nr lokalu Kościerska 9 </p> <p><small>** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.</small></p>		
<p>III DANE UZUPELNIAJĄCE</p> <p>1. Dane zarejestrowania (dd/mm/rrrr) 18/07/2017</p> <p>2. Nr rejestru (numeri/kwartał/rok) </p> <p>3. Liczba osób współzamieszkujących: _____</p> <p>4. Lokalizacja i stan bakteriologiczny choroby</p> <p>a) płuca nowe zachorowanie WZNOWA</p> <p><input type="checkbox"/> BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/> BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-)</p> <p>b) pozapłucna nowe zachorowanie WZNOWA</p> <p><input type="checkbox"/> BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-) <input type="checkbox"/> BK(+) <input type="checkbox"/> BK(-)</p> <p>5. Poprzednie rozpoznanie gruźlicy (rok) </p>		

6. Poprzednie leczenie przeciwprątkowe
 nie leczony leczony prawidłowo leczony nieprawidłowo brak danych

7. Szczepienie BCG
 wykonano blizna brak blizny
 data ostatniego szczepienia (rok)

nie wykonano

8. OT
 wykonano nie wykonano
 rozmiar nacisku (w mm)

9. Statyczność z gruźlicą czynną BK+
 aktualna
 zakończona kiedy (rok)
 nie stwierdzono stycz.
 brak danych

10. Badania bakteriologiczne płwociny
a) bakterioskopia/rozsmaz
 dodatnia(BK+) ujemna(BK-) wykonano, brak wyników nie wykonano
b) posiew/hodowla
 dodatnia(BK+) ujemna(BK-) wykonano, brak wyników nie wykonano

11. Badania histopatologiczne
 wykonano potwierdzono gruźlicę nie potwierdzono nie wykonano

12. Inne badania bakteriologiczne (podać jakie)

13. Metody wykrycia chorego na gruźlicę
 z objawów chorobowych
 ze styczności z chorym
 w badaniu grup ryzyka (z wyłączeniem styczności z chorym)
 w innych badaniach profilaktycznych (wstępne, okresowe)
 przy hospitalizacji
 w badaniu sekcyjnym
 w innych badaniach

14. Kontakt ze zwierzętami gospodarskimi
 Tak Nie

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA / KIEROWNIKA SZPITALA

.....

1. Pieczęćka Imienna 2. Telefon kontaktowy: 3. Podpis

5. Zgłoszenie ZLK -1 (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

<p>Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice 89-604 Chojnice, Kościelna 9 REGON: 090103290, NIP: 5551783086 Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE tel: 52 3979257 Kody res.: cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010 Nr umowy NFZ: 11000069/POZ/13/17</p>	<p>ZLK-1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania* zakażenia lub choroby zakaźnej¹⁾</p>	<p>Adresat: Państwowy Powiatowy/Graniczny* Inspektor Sanitarny w:</p>
<p>Resortowy kod identyfikacyjny podmiotu²⁾ Część I. Numer księgi rejestrowej 0 9 0 1 0 3 2 9 9 Część II. TERYT siedziby 2 2 0 2 0 1 1 Część III. Podmiot tworzący³⁾ 3 3 Część IV. Specjalność komórki organizacyjnej 0 0 1 0</p>	<p>Uwagi: ¹⁾ Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, chlamydiozy przenoszone drogą płciową – zgłaszanych na innych formularzach. ²⁾ Wypełnić zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594). ³⁾ Wypełnić w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. * Niepotrzebne skreślić.</p>	
<p>I. ROZPOZNANIE/PODEJRZENIE*</p> <p>1. Kod ICD-10 2. Określenie słowne 3. Data (dd/mm/rr) I 1 0 Samotne (pierwotne) nadciśnienie 2 2 / 0 5 / 2 0 1 7</p> <p>4. Podstawa rozpoznania/podejrzenia (zaznaczyć) <input type="checkbox"/> badanie mikrobiologiczno-serologiczne <input type="checkbox"/> objawy kliniczne <input type="checkbox"/> inne (wpisać jakie) _____ <input type="checkbox"/> inne badania laboratoryjne <input type="checkbox"/> przesłanki epidemiologiczne (np. zachorowanie z ogniska)</p> <p><small>* Niepotrzebne skreślić</small></p>		
<p>II. DANE CHOREGO</p> <p>1. Nazwisko T e s t _____</p> <p>2. Imię 3. Data urodzenia (dd/mm/rr) 4. Nr PESEL T e s t o w y 0 5 / 0 9 / 1 9 9 0 9 0 0 9 0 5 1 5 8 3 6</p> <p>5. Nr identyfikacyjny innego dokumentu** 6. Płeć (M, K) 6A. Telefon kontaktowy do chorego/opiekuna prawnego _____ M _____</p> <p>Adres miejsca zamieszkania:</p> <p>7. Kod pocztowy 8. Miejscowość 8 9 - 6 0 0 C h o j n i c e _____</p> <p>9. Gmina C h o j n i c e g m i n a m i e j s k a _____</p> <p>10. Ulica 11. Nr domu 12. Nr lokalu K o ś c i e r s k a 9 _____</p> <p><small>** Wypełnić w przypadku, gdy osobie nie nadano numeru PESEL, wpisując serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych.</small></p>		

III. INNE INFORMACJE

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

22/05/2017

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 nazwę szpitala i adres

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. Pleczątko Imienna

.....
2. Telefon kontaktowy:

.....
3. Podpis

6. Zgłoszenie MZ/N-1a nowotworu złośliwego (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Adresat: **MINISTERSTWO ZDROWIA; Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów**
Przekazywać w terminach przewidzianych w programie badań statystyki publicznej

Numer w KRN			
MZ/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO			
1. Nazwa i adres jednostki - pieczęć z numerem REGON Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice 89-604 Chojnice, Koscierska 9 REGON: 090103299, NIP: 5551783886 Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE tel.: 52 3979297 Kody res.: cz. I: 00000011475, cz. V: 01, cz.VI: -, cz.VII: 001, cz.VIII: 0010 Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17		2. REGON (cz. I resort. kodu identyf.) 090103299	
		3. PESEL 90090515836	
		4. Data urodzenia 05 - 09 - 1990 dzień miesiąc rok	
		5. Płeć <input checked="" type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	
6. Obywatelstwo <input checked="" type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> obcokrajowiec			
<i>Kraj pochodzenia</i>			
7. Nazwisko Test			
8. Imię Testowy			
ADRES			
9. Miejscowość Chojnice		10. 89 - 600 kod pocztowy	
11. Ulica, nr domu, nr mieszkania Koscierska 9		12. 2202011 kod TERYT	
13. Województwo Pomorskie		14. Powiat Chojnicki	
		15. Gmina Chojnice gmina miejska	
16. Ukończona szkoła <input checked="" type="checkbox"/> bez wykształcenia <input type="checkbox"/> podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> zasadnicza zawodowa <input type="checkbox"/> średnia <input type="checkbox"/> policealna <input type="checkbox"/> wyższa			
17. DATA ROZPOZNANIA 18 - 07 - 2017 dzień miesiąc rok			
DATA PRZYJĘCIA		21. DATA ZGONU	
18. do ambulatorium 22 - 05 - 2017 dzień miesiąc rok		22. Miejsce zgonu	
19. do szpitala		23. Przyczyna zgonu	
20. Data wypisu		24. Kod przyczyny zgonu ICD-10	
		wykładowa	
		włóknna	
		bezporednia	
		szpital <input type="checkbox"/>	
		nowotwór <input type="checkbox"/>	
		dom <input type="checkbox"/>	
		Inna <input type="checkbox"/>	
		inne <input type="checkbox"/>	
25. ROZPOZNANIE KLINICZNE: ICD-10			
Opis i lokalizacja nowotworu			
28. Nowotwór <input checked="" type="checkbox"/> pojedynczy <input type="checkbox"/> mnogi <input type="checkbox"/> przerzut			
29. Miejsce przerzutu			
30. Data przerzutu			
31. Strona ciała <input checked="" type="checkbox"/> obie strony <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa			
32. Kod zaawansowania TNM (7 rewizja)			
TIS T 0 N 0 M 0			
33. Inne klasyfikacje zaawansowania (np. FIGO, Clark/Breslow, Astler-Coller, Ann Arbor, Gleason)			
Wynik			
36. Inne podstawy rozpoznania			
cytologia <input type="checkbox"/>			
markery nowotw. <input type="checkbox"/>			
endoskopia <input type="checkbox"/>			
radiologia <input type="checkbox"/>			
inne badanie obraz. <input type="checkbox"/>			
operacja wywiad. <input type="checkbox"/>			
badanie kliniczne <input type="checkbox"/>			
sekcja <input type="checkbox"/>			
tylko akt zgonu <input type="checkbox"/>			
skryning tura <input type="checkbox"/>			
39. Dla raka piersi (CS0, D05)			
Mastektomia <input type="checkbox"/>			
Leczenie oszczędzające <input type="checkbox"/>			
40. Rodzaj leczenia <input type="checkbox"/> radykalne <input type="checkbox"/> paliatywne <input type="checkbox"/> objawowe <input type="checkbox"/> skierowanie na leczenie <input type="checkbox"/> brak zgody na leczenie			
41. Data wypełnienia 18 - 07 - 2017 dzień miesiąc rok		42. Nr PWZ lekarza 5365417	
Identyfikator osoby wprowadzającej		43. Podpis i pieczęć lekarza	

7. Druk ZUS-N9 (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

N-9

Sanodzielna Publiczna Przychodnia Miejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościarska 9
REGON: 096103299, NIP: 5551783986
Nowa korespondencja: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody em. : cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: - , cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 1.0500060POZ/13/17

Chojnice, 2017-07-18

**ZAŚWIADCZENIE
O STANIE ZDROWIA
DLA CELÓW ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
WYDANE PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE**

Tożsamość ustalono na podstawie niżej wymienionego dokumentu.

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO	
01. Numer PESEL (1)	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input type="checkbox"/>
9 0 0 9 0 5 1 5 8 3 6	03. Seria i numer dokumentu
04. Nazwisko	
T E S T	06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)
05. Imię	0 5 0 9 1 9 9 0
T E S T O W Y	

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES ZAMIESZKANIA	
01. Kod pocztowy	02. Poczta
8 9 - 6 0 0	
03. Gmina / Dzielnica	
C H O J N I C E	
04. Miejscowość	
C H O J N I C E	
05. Ulica	
K O Ś C I E R S K A	
06. Numer domu	07. Numer lokalu
9	
08. Numer telefonu (1)	09. Symbol państwa (2)(3)
	P L
10. Zagraniczny kod pocztowy (2)	11. Nazwa państwa (2)

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.
(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.
(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa:

Choroby współistniejące:

2. OPIS PRZEBIEGU CHOROBY I DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA

Należy uwzględnić od kiedy (data, okres) i z jakiego powodu prowadzono leczenie, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacji (okres, nazwa zakładu), dłuższe okresy czasowej niezdolności do pracy, wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących:

3. ROKOWANIE

Ocena wyników leczenia i rokowanie (należy określić obecny stan zdrowia, prognozę przebiegu choroby, wskazania odnośnie dalszego leczenia i rehabilitacji):

4. UBEZPIECZONY

Ubezpieczony jest: (należy zamaczyć właściwy kwadrat)
<input checked="" type="checkbox"/> zdolny <input type="checkbox"/> niezdolny
do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu:

ZAŁĄCZNIKI:

UWAGA: Zaświadczenie o stanie zdrowia powinno być wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed złożeniem wniosku o świadczenie.

Chojnice
(Miejscowość)

18/07/2017
(Data: dd/mm/rr)

(Pieczęć i podpis lekarza)[1]

[1] Na dokumencie w formie papierowej wymagane są pieczęć podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz podpis i pieczęć lekarza.

8. Druk KRUS-N9 (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościerska 9
REGON: 090103290, NIP: 5551783086
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wiejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 3979297
Kody res.: cz. I: 00000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11/000069/POZ/13/17

Data wydruku: 2017-07-18

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA*

Imię i nazwisko ubezpieczonej(ego)

Test Testowy

PESEL

9	0	0	9	0	5	1	5	8	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres miejsca zamieszkania/stalego pobytu**

Kościerska 9 89-600 Chojnice

Tożsamość ww. osoby ustalono na podstawie dowodu osobistego/paszportu** seria

nr

1. ROZPOZNANIE

Choroba podstawowa (kalectwo) - główny problem zdrowotny, powód upośledzenia sprawności (niewydolności) organizmu:

Choroba (kalectwo) współistniejące:

2. Opis dotychczasowego przebiegu choroby i leczenia - należy uwzględnić od kiedy (data-okres) i z jakiego powodu w/w jest leczona(y), w tym ambulatoryjnie, w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacyjnym (okres, nazwa zakładu) oraz okres orzekanej czasowej niezdolności do pracy.

* Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane ubezpieczonej(emu) na jej(ego) życzenie przez świadczeniodawcę - na podstawie art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z ubieganiem się o świadczenie z ubezpieczenia społecznego rolników. Zaświadczenie jest ważne miesiąc od daty jego wydania.

** niepotrzebne skreślić

3. Wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących - wyciąg istotnych danych z dokumentacji przebiegu leczenia z podaniem źródła informacji i daty badania

4. Ocena wyników dotychczasowego leczenia i rokowanie (należy określić obecny stan zdrowia, prognozę przebiegu choroby, wskazania odnośnie dalszego leczenia i rehabilitacji)

5. Ubezpieczona(y) jest:

zdolna(y); niezdolna(y) do osobistego stawienia się na badanie przez lekarza rzeczoznawcę / komisję lekarską KRUS z powodu:

Załączniki:

podpis i pieczęć lekarza

9. KRUS - Wnioski o skierowanie na reh. leczniczą (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Podmiot: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wjejska Gminy Chojnice
89-604 Chojnice, Kościenska 9
REGON: 090103299, NIP: 5551783986
Nazwa jednostki: Samodzielna Publiczna Przychodnia Wjejska Gminy Chojnice
Nazwa komórki: PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE
tel.: 52 9079297
Kody res. - cz. I: 000000011475, cz. V: 01, cz. VI: -, cz. VII: 001, cz. VIII: 0010
Nr umowy NFZ: 11000069POZ/13/17

Data wydruku: 2017-07-18

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ

I. Dane osobowe:

Nazwisko i imię Test Testowy PESEL* 90090515836
Adres zamieszkania Kościenska 9 89-600 Chojnice
(ulica - nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka _____ PESEL* _____
Rodzaj szkoły, klasa _____

II. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

III. Badanie przedmiotowe: waga _____ wzrost _____ RR _____ / _____ tętno _____ / min
Skóra i węzły chłonne obwodowe: _____
Układ oddechowy z oceną wydolności: _____

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA:

Układ trawienny:

Układ moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek:

Układ ruchu:

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej:

samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy _____
(określić rodzaj niezbędnej pomocy)

Układ nerwowy, narządy zmysłu:

Rozpoznanie: choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia wniosku (w języku polskim) wg ICD-10

Samolstne (pierwotne) nadciśnienie

Choroby współistniejące:

_____ wg ICD-10
_____ wg ICD-10

IV. Aktualne wyniki badań - laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia szpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

V. Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstania niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym)

Chojnice, 2017-07-18 08:59

(miejsowość i data)

(podpis i czytelna pieczęć lekarza z numerem prawa wykonywania zawodu)

VI. Weryfikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

Rehabilitacja lecznicza po raz _____

Opinia o celowości odbycia rehabilitacji (wskazania, przeciwwskazania, rokowanie co do zapobieżenia powstaniu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskaniu zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym):

VII. Kwalifikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:

Skierowanie do _____

Uzasadnienie:

(miejsowość i data)

(podpis i czytelna pieczęć lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)

** Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.*

10. Karta gonu (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 11 lutego 2015 r. (poz. ...)

Wzór Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu	Karta dotyczy osoby zmarłej**
		1 miesiąc do roku 2 liniaj osoby
1. Nazwisko osoby zmarłej		
2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej		
3. Imię (imiona) osoby zmarłej		4. Nr PESEL osoby zmarłej
5. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zmarłej***		
6. Data i godzina zgonu**** rok dzień m-c godz. min		
albo data i godzina znalezienia zwłok**** rok dzień m-c godz. min		
7. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok dzień m-c godz. min		
<small>w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10-11 wypełniać tylko dla dzieci w wieku do roku</small>		
8. Płeć osoby zmarłej**	1 mężczyzna 2 kobieta	10. Dziecko pochodzą z porodu**
9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	1 szpital 2 podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy oraz inne ośrodki świadczenia zdrowotnego w tym szpitali 3 dom 4 inne	11. Które dziecko i kolejno urodzonych przez matkę****
13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach****		12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach****
14. Okres trwania ciąży w tygodniach****		
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 bezpośrednio – opis słowny wraz z kodem ICD-10		
		<small>w tym przybliżony ośmiodobowy wzrost dziecka przy życiu a zgonem (data, miesiąc, godzina)</small>

DRUKI DODATKOWE

1. Ogólne zaświadczenie lekarski (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowym)



Samodzielna Publiczna Przychodnia
Wiejska Gminy Chojnice
Poradnia Centralna 9
ul. Kościerska, 89-604 Chojnice
tel. 52 3979297 REGON: 090103299
11/000069/POZ/13/17, Kod I. 000000011475 Kod V. 01

Zaświadczenie lekarskie ogólne

Data: 2017-05-22

Identyfikator pacjenta: 66549



P726292

PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE (Kod VII.001, Kod VIII. 0010)

GABINET LEKARSKI CHOJNICE 101

Pacjent: **Test Testowy**

true, PESEL: **PESEL: 90090515836**

Adres: **89-600 Chojnice Kościerska 9 /**

Data urodzenia: **1990-09-05 lat: 26**

Rozpoznanie:

Cel wydania zaświadczenia:

.....
podpis lekarza

3. **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności dla osób powyżej 16 roku życia (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)**

SAMODZIELNA PUBLICZNA PRZYCHODNIA WIEJSKA
GMINY CHOJNICE Poradnia Centralna ul. Koszuleńska,
89-604 Chojnice tel.52 3679297 REGON 090103299
110000691POZI13114 Kod L. 000000011476, Kod V. 01

Chojnice data 2017-05-22
(miejscowość) (wypełnia lekarz)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
/ dla osób powyżej 16 roku życia /**

Imię i nazwisko.....	Testowy	Test
Data i miejsce urodzenia.....	1990-09-05	
Adres zamieszkania.....	89-600 Chojnice	Kościerska 9
Nr PESEL.....	90090515836	
Numer i seria dowodu osobistego.....		

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączniku)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ?

Tak

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok) ?

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok)?

W/w/Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

Tak

W/w/Pan/i jest niezdolny/zdolny/* do odbycia podróży w celu udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Zdolny

.....
pieczętka i podpis lekarza

Zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od dnia wypełnienia druku przez lekarza a złożeniem w powiatowym zespole

4. **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności dla osób poniżej 16 roku życia (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4)**

SAMODZIELNA PUBLICZNA PRZYCHODNIA WIEJSKA
GMINY CHOJNICE Poradnia Centralna ul. Kościerska,
89-604 Chojnice tel.52 3979297 REGON 090103299
11/000069/POZ/13/14 Kod I. 000000011475, Kod V. 01

Chojnice data 2017-05-22
(miejscowość) (wypełnia lekarz)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
/ dla osób poniżej 16 roku życia /**

Imię i nazwisko.....	Testowy	Test		
Data i miejsce urodzenia.....	1990-09-05			
Adres zamieszkania.....	89-600	Chojnice	Kościerska	9
Nr PESEL.....	90090515836			

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :

2. Przebieg schorzenia podstawowego

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Przewidywany okres trwania naruszonej sprawności fizycznej lub psychicznej powyżej 12 miesięcy

Tak

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

Wystawił(a): lek. med. Kowalski Jan
lekarz chorób wew.
5365417

.....
pieczętka i podpis lekarza

Zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od dnia wypełnienia druku przez lekarza a złożeniem w powiatowym zespole

5. Zaświadczenie dla celów wyposażenia sprzętu rehabilitacyjnego (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze A4 i recepturowym)



Samodzielna Publiczna Psycholnia
Województwa Pomorskiego Chojnice
Poradnia Centralna 0
ul. Kółecznicka, 89-604 Chojnice
tel. 52 2679297 REGON: 000103290
11-0000069POZZ3117, Kod I. 00000011476 Kod V. 01
PORADNIA LEKARZA POZ CHOJNICE (Kod VII.001, Kod VIII. 0010)
GABINE LECNARSKO CHOJNICE, 101

**Zaświadczenie dla celów
wypożyczenia sprzętu
rehabilitacyjnego**

Data: 2017-05-22
Identyfikator pacjenta: 66549



P726292

Zaświadcza się, że Pan **Test Testowy**, PESEL **90090515836**
jest osobą przewlekle chorą i wymaga sprzętu:

- 1
- 2
- 3
- 4

.....
pieczęć i podpis lekarza

7. Druk [karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy "0"](#) (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze a4)

Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy „0”
Kolejność wypełniania: 1-rodzic/opiekun, 2-pielęgniarka, 3-lekarz

pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY „0”
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia..... data urodzenia.....

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

Imię	OJIEC	MATKA	RODZENISTWO DZIECKA	
			Rok urodzenia	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

Warunki mieszkaniowe** : dobra, średnie, zła Liczba izb..... osob.....

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe).....

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:.....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergie)**: NIE, TAK - na co.....
objawy uczulenia.....
- słyszy** : DOBRZE, ŹLE; widzi** : DOBRZE, ŹLE; ma zęza** : NIE, TAK
- używa** : okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne.....
- przyjmuje leki** : NIE, TAK - jakie.....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej** : NIE, TAK - jakiej.....
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne ** : NIE, TAK - jakie.....

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

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

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

Inne uwagi i życzenia rodziców.....

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

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciałacm.....centyl Masa ciałakg BMI.....kg/m².....centyl

Wzrost: ostrość wzroku^{*}: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Zez^{*}: niewidoczny, widoczny

Cover test^{*}: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach^{*}: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia**.....

Sluch: test^{*}: szeptem, audiometryczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, podejrzenie^{*}: boczne skrzywienie kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko – koślawych

Ciepłota ciała^{*}:mmHg, poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla^{*}.

Inne uwagi.....

data..... podpis i pieczęć pielęgniarki szkolnej

3. WYNIK BADAŃ LĘKARSKIEGO

Rozwój fizyczny^{*}: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia.....

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**
kolana koślawe, stopy płasko – koślawe, inne odchylenia**.....

Rozwój psychospołeczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy**.....

Mowa^{*}: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja^{*}: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna**.....

Skóra**.....

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)^{*}: TAK, NIE**.....

Pozostałe układy^{*}: prawidłowe, nieprawidłowe**.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA^{*}: pełna, niepełna**.....

KWALIFIKACJA DO ZAJĘĆ WF^{*}: grupa A A₀ B B₀ C C₀ - zalecenia.....

ZALECENIA.....

data..... podpis i pieczęć lekarza.....

^{*} właściwe podkreślić

^{**} wpisać rodzaj odchylenia

8. Druk [karta profilaktycznego badania lekarskiego dziecka 7-letniego](#) (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze a4)

The image shows a vertical medical form for a 7-year-old child's preventive examination. It includes fields for patient name, date of birth, sex, and a table for recording vital signs (temperature, pulse, blood pressure) over three days. There are also sections for recording the results of various physical examinations (heart, lungs, abdomen, etc.) and a space for the doctor's signature and stamp.

9. Druk Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze a4)

Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej.
Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka, 4-lekarz

pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASZY III
SZKOŁY PODSTAWOWEJ
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię data urodzenia klasa

I. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

Rok zycia	Rodzaj	Rok zycia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka

Zachowania zdrowotne i sutyzdrowotne w rodzinie:

Cry dziecko:

- ma uczulenie (alergie): NIE, TAK - na co
- objawy uczulenia
- używa⁴ okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki⁴: NIE, TAK - jakie
- jest pod opieką poradni specjalistycznej⁴: NIE, TAK - jakiej

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach⁴:

częste bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu
mocz, noczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia,
zaburzenia snu, tiki, jęki, inne - jakie

Cry rodziców niepokoi zachowanie dziecka⁴: NIE, TAK - podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców

data podpis matki lub ojca (opiekuna)

II. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASZY

Wynowa⁴: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność fizyczna⁴: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej⁴⁾

Uzdolnienia

Zachowanie⁴: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

Wyniki w nauce⁴: bardzo dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Alokacja szkolna⁴: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne⁴: nie występują, występują - jakie

Relacje z rówieśnikami⁴: prawidłowe, nieprawidłowe - jakie

Inne uwagi

Data podpis wychowawcy

⁴ właściwie podkreślić

⁴⁾ wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wf

3. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cmcentyl Masa ciała..... kg BMI kg/m²centyl

Wzrost: Odbiór wzroku, bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Widzenie barw : prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia**.....

Układ ruchu¹: prawidłowy, podejrzenie boczego skrzywienia kręgosłupa

Ciepłota tętna: mmHg powyżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*

Inne uwagi.....

Data..... podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki.....

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny¹: prawidłowy, niskorobkość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

Dojrzewanie płciowe wg skali Tamera.....

Rozwój psycho społeczny¹: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu¹: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **
inne odchylenia**.....

Tarczycy¹: prawidłowa, wola, inne nieprawidłowości**.....

Jama ustna**.....

Skóra**.....

Pozostałe układy¹: prawidłowe, nieprawidłowe**.....

PROBLEM ZDROWOTNY –rozpoznanie.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A₂ B B₂ C C₁ - zalecenia

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach*: TAK, NIE

ZALECENIA.....

data..... podpis i pieczęć lekarza.....

* właściwie podkreślić

** wyszczególnić rodzaj odchylenia

10. Druk

Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy i gimnazjum / klasy i szkoły ponadgimnazjalnej (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze a4)

Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy i gimnazjum/
klasy i szkoły ponadgimnazjalnej.
Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka, 4-lekarz

pieczęć szkoły
KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY I GIMNAZJUM/
KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ*
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia data urodzenia klasa

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

Rok zycia	Rodzaj	Rok zycia	Rodzaj

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka

Zachowanie zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie

Cry dziecko:

- ma uczulenie (alergie): NIE, TAK - na co
- objawy uczulenia
- używa*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje jakie*: NIE, TAK - jakie
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK - jakiej

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

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierne apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, częsty długotrwały katar, dżgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tętno, jaskrze, inne - jakie

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK - podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców

data podpis matki lub ojca (opiekuna)

1. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa - jaka

Sprawność fryzury*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej¹⁾

Udzielienia

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia - jakie

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują - jakie

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe - jakie

Inne uwagi

Data podpis wychowawcy

* właściwie podkreślić

¹⁾ wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wf

2. INFORMACJE PIELEŃNIARKI HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cmcentyl Masa ciała kg BMIkg/m³.....centyl

Wzrost: ostrość wzroku¹: bez okularów, w okularach: OP OL

Inne zaburzenia**

Sluch^{1,2}: test: szepsem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu¹: prawidłowy, podejrzenie³: boczne skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Ciążenie tętnicze krwi¹ mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla³

Inne uwagi

data podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny¹: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia¹

Dojrzewanie płciowe według skali Tamera

Wiek menarche: lat mies. Przebieg miesiączkowania**

Tarczycy¹: prawidłowa, wola, inne nieprawidłowości**

Rozwój psychopoleczny¹: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu¹: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa**

..... nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**

Skóra**

Jama ustna**

Pozostałe układy¹: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A₁ B B₁ C C₁ - zalecenia

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach*: TAK, NIE
OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK -jakie

ZALECENIA

data podpis i pieczęć lekarza

¹ dotyczy ucznia I klasy gimnazjum
² właściwe podkreślić
³ wpisać rodzaj odchylenia

11. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną (dostosowanie formularzy do wydruku na papierze a4)

Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną.
Kolejność wypełniania: 1-uczeń, 2- pielęgniarka, 3-lekarz

pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO
UCZNIĄ KONCZĄCEGO SZKOŁĘ PONADGIMNAZJALNĄ
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęta tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia data urodzenia klasa

1. INFORMACJE UCZNIĄ

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś*:
częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdemotywowanie, przygnębienie, dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki
Uczulenie (alergie) – na co?

Inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie

Czy w ostatnich 3 miesiącach używałeś/aś leków*: NIE, TAK – jakich

z jakiego powodu

Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza:

z powodu stomatologa

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej

z jakiego powodu

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK – jakie

Czy sądzisz, że Twoje zdrowie jest: BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZLE, ZLE

Czy masz jakies problemy i trudności, o których chciałbyś /chciałabyś/ porozmawiać z:
lekarzem* NIE, TAK,- psychologiem* NIE, TAK

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki lat miesięcy
Co ile dni występuje miesiączka ile dni trwa

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości*: NIE, TAK – jakie

Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczyłeś w lekcjach WF*:
SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY/A/

Czy uczestniczyłeś systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:
NIE, TAK – jakich

Czy uważasz, że twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy*: NIE, TAK – ile przeciętnie wypalasz:
dziennie w tygodniu

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK
w jakiej szkole /uczeln:

zawód/kierunek studiów:

data podpis ucznia

* właściwie podkreślić

2. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cmcentyl Masa ciała kg BMI kg/m²centyl

Wzrost: Ostrość wzroku^{*}: bez okularów, w okularach: OP.....OL.....

Inne zaburzenia**.....

Cisnienie tętnicze krwi[†]: mmHg poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla*

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF[†]: A A₂ B B₂ C C₁

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej.....

data podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny[†]: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**.....

Dojrzewanie płciowe** według skali Tannera.....

Wiek menarche: lat mies. Przebieg miesiączkowania**.....

Tarczycza[†]: prawidłowa, wola, inne nieprawidłowości**.....

Rozwój psychospołeczny[†]: prawidłowy, nieprawidłowy**.....

Układ ruchu[†]: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**.....

Skóra**.....

Jama ustna**.....

Pozostałe układy[†]: prawidłowe, nieprawidłowe**.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU[†]: NIE, TAK -jakie.....

ZALECENIA.....

data podpis i pieczęć lekarza

[†]właścive podkreślić
^{**}wpisać rodzaj odchylenia