



# GMINA TWARDOGÓRA

56-416 Twardogóra, ul. Ratuszowa 14

Twardogóra, 17 czerwca 2009 r.

INF.341-2/09

Gmina Twardogóra działając zgodnie z art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. Nr 223/2007 poz. 1655 z późn. zm.), wyjaśnia treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia sporządzonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „**Zakup i wdrożenie technologii informacyjno-komunikacyjnych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze**”, w zakresie pytań złożonych przez Wykonawców.

**Pytanie 1:** Co Zamawiający rozumie pod pojęciem „serwisu oprogramowania systemowo-narzędziowego” (punkt 20.2.7.1.7)?

**Odpowiedź na Pytanie 1:** Serwis oprogramowania systemowo-narzędziowego wymieniony w punkcie 20.2.7.1.7 SIWZ oznacza:

- Instalowanie, konfigurowanie, przeglądy platform i środowisk informatycznych dostarczonych przez Wykonawcę,
- Administrowanie środowisk (np. Windows) dostarczonych przez Wykonawcę,
- Zarządzanie systemami baz danych dostarczonych przez Wykonawcę,
- Odtwarzanie środowisk (dostarczonych przez Wykonawcę) po awariach.

**Pytanie 2:** Ilu pacjentów jest/będzie obsługiwanych przez jednostkę?

**Odpowiedź na Pytanie 2:** Obecnie jest zadeklarowanych 11800 pacjentów. W przyszłości liczba pacjentów może ulec zwiększeniu.

**Pytanie 3:** Ile wizyt miesięcznie odbywa się w jednostce?

**Odpowiedź na Pytanie 3:** Średnio w jednostce odbywa się miesięcznie 4900 wizyt lekarskich oraz 6650 zabiegów pielęgniarskich. Liczba wizyt może się zwiększyć.

**Pytanie 4:** Czy zamiast systemu XP można wykorzystać system Microsoft Vista?

**Odpowiedź na Pytanie 4:** Zamawiający nie dopuszcza wykorzystania systemu Microsoft Vista zamiast systemu XP.

**Pytanie 5:** Czy zostaną zapewnione:

- stały adres IP we wszystkich lokalizacjach niezbędny do utworzenia kanału VPN,
- w centrali – upload na poziomie 512 kb/s,
- stabilność łączy;

**Odpowiedź na Pytanie 5:**

Zamawiający zapewni:

- stały adres IP we wszystkich lokalizacjach;
- w centrali – upload na poziomie 512 kb/s,

Stabilność łączy będzie zapewniona na poziomie zapewnianym przez dostawcę łącza internetowego.

**Pytanie 6:** Punkt 20.1.4. – 1.a – czy „bieżąca rejestracja on-line pacjentów” może oznaczać rezerwację wizyty do lekarza, co nie jest jednoznaczne z rejestracją?

**Odpowiedź na Pytanie 6:** Rejestracja on-line pacjentów nie może oznaczać rezerwacji wizyty do lekarza. Oznacza ona rejestrację a nie rezerwację.

**Pytanie 7:** Punkt 20.1.3 – 1.a – co dokładnie kryje się pod nazwą „raporty rejestracji”?

**Odpowiedź na Pytanie 7:** Raport rejestracji oznacza dzienną ewidencję przyjęć pacjentów przez poszczególnych lekarzy (także możliwość wydrukowania tej ewidencji).

**Pytanie 8:** punkt 20.1.3 – 1.b – prosimy o wyjaśnienie, co rozumie Zamawiający po pojęciem „podstawowe dane medyczne” – co wchodzi w ich zakres poza wywiadem i badaniami przedmiotowymi?

**Odpowiedź na Pytanie 8:** poza wywiadem i badaniami podmiotowymi podstawowe dane medyczne obejmują: ordynację leków wraz z receptą, zalecone badania i wydane skierowania oraz okresy niezdolności do pracy.

**Pytanie 9:** Punkt 20.1.3 – 1.d – co Zamawiający rozumie pod pojęciem „informacje medyczne”?

**Odpowiedź na Pytanie 9:** Pod pojęciem informacje medyczne Zamawiający rozumie: przebyte choroby, wykonane wcześniej badania i ich wyniki, szczepienia ochronne, przynależność do grupy dyspanseryjnej.

**Pytanie 10:** punkt 20.1.3 – 1.f – czy Zamawiający zaakceptuje nadruk recepty na gotowym druku?

**Odpowiedź na Pytanie 10:** Zamawiający dopuszcza nadruk recepty na gotowym druku.

**Pytanie 11:** punkt 20.1.3 – 1.f – prosimy o podanie pełnej listy skierowań i zaświadczeń (udostępnienie druków wykorzystywanych przez Zamawiającego) oraz o uściślenie pojęcia „inne dokumenty”?

**Odpowiedź na Pytanie 11:**

Lista skierowań, zaświadczeń oraz innych dokumentów obejmuje: zaświadczenie lekarskie, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, skierowanie na badania diagnostyczne, skierowanie do szpitala, zlecenie na zabiegi, skierowanie do szpitala psychiatrycznego, zaświadczenie o stanie zdrowia N-9, skierowanie do specjalisty, druk ZUS ZLA.

**Druki wykorzystywane przez Zamawiającego zostały załączone w załączniku nr 1 do niniejszego dokumentu.**

**Pytanie 12:** Punkt 20.1.3 – 1.k – prosimy o uściślenie zakresu świadczeń?

**Odpowiedź na Pytanie 12:** Zakres świadczeń obejmuje:

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>2</sup>	Kod świadczenia wg rozporządzenia MZ <sup>3</sup>	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML
1			Lekarz poz	

1.1	5.01.00.0000075	2.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona w miejscu udzielania świadczeń pacjentowi w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia ( <i>wymagane rozpoznanie wg trzynakowego kodu klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitaacji</i> )	SWIAD
1.2	5.01.00.0000076	8.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona w domu pacjenta w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia ( <i>wymagane rozpoznanie wg trzynakowego kodu klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitaacji</i> )	SWIAD
1.3	5.01.00.0000077	2.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona pacjentowi w miejscu udzielania świadczeń z innych przyczyn niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia ( <i>niewymagane rozpoznanie wg klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitaacji</i> )	SWIAD
1.4	5.01.00.0000078	8.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna w domu pacjenta z innych przyczyn niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia ( <i>niewymagane rozpoznanie klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitaacji</i> )	SWIAD
1.5	5.01.00.0000046	2.11	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	SWIAD
1.6	5.01.00.0000047	2.11	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	SWIAD
1.7	5.01.00.0000048	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób układu krążenia	Sprawozdawczość merytoryczna i rozliczeniowa – SIMP on line
1.8	5.01.00.0000049	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	SWIAD
1.9	5.01.00.0000050	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) z wykonanym badaniem spirometrycznym – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	SWIAD
1.10	5.01.00.0000051	32.4	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ	SWIAD
1.11	5.01.00.0000079	2.11	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony uprawnionemu do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osobie uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	SWIAD
1.12	100101	2.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w miejscu udzielania świadczeń	ZBPOZ
1.13	100102	8.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w domu pacjenta	ZBPOZ
1.14	100103	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 2 latków	ZBPOZ
1.15	100104	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 4 latków	ZBPOZ
1.16	100105	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 6 latków	ZBPOZ
1.17	100106	2.17	liczba wykonanych pozostałych badań bilansowych u dzieci i młodzieży	ZBPOZ
1.18	100107	45.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych <sup>4</sup> wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku od 0 do 6 lat	ZBPOZ
1.19	100108	45.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych <sup>4</sup> wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku od 7 do 19 lat	ZBPOZ
1.20	Kody zgodnie z załącznikiem nr 6 do umowy		liczba wykonanych badań diagnostycznych zgodnie z wykazem określonym w załączniku nr 6 do umowy	ZBPOZ (co pół roku)
2			<b>Pielęgniarka poz – zadaniowa metoda finansowania</b>	
2.1	Kody zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarstwa w POZ”		świadczenia zrealizowane w okresie sprawozdawczym w trakcie wizyt u pacjentów zadeklarowanych, zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarstwa w POZ”	SWIAD

2.2	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2.3	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2.4	100203	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz	ZBPOZ
2.5	5.01.00.0000054	47.6	porada profilaktyczna w programie profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	SWIAD
2.6	5.01.00.0000052	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	SWIAD
2.7	5.01.00.0000053	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	SWIAD
2.8	5.01.00.0000080	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	SWIAD
<b>2a</b>			<b>Pielęgniarka poz – kapitacyjna forma finansowania</b>	
2a.1	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2a.2	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2a.3	100203	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz	ZBPOZ
2a.4	100204	8.11	liczba świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2a.5	100205	8.11	liczba świadczeń diagnostycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2a.6	100206	8.11	liczba świadczeń pielęgnacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2a.7	100207	8.11	liczba świadczeń leczniczych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2a.8	100208	8.11	liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ
2a.9	100209	8.11	liczba pacjentów objęta w okresie sprawozdawczym indywidualnym planem opieki w ramach „pielęgniarskiej opieki środowiskowej”	ZBPOZ
2a.5	5.01.00.0000054	47.6	porada profilaktyczna w programie profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	SWIAD
2a.6	5.01.00.0000052	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	SWIAD
2a.7	5.01.00.0000053	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	SWIAD
2a.8	5.01.00.0000080	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	SWIAD
<b>3</b>			<b>Położna poz</b>	
3.1	5.01.00.0000089	8.7	wizyta patronażowa	SWIAD
3.2	5.01.00.0000090	41.6	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w ciąży	SWIAD
3.3	5.01.00.0000091	8.6	wizyta w opiece pooperalnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	SWIAD
3.2	100302	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ

3.3	100303	7.6	liczba pozostałych wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie położnej poz	ZBPOZ
3.4	5.01.00.0000055	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	SWIAD
3.5	5.01.00.0000056	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	SWIAD
3.6	5.01.00.0000081	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	SWIAD
4			<b>Pielęgniarka szkolna</b>	
4.1	100401	45.17	liczba wykonanych bilansów zdrowia	ZBPOZ
4.2	100402	45.20	liczba wykonanych badań przesiewowych w pozostałych rocznikach	ZBPOZ
4.3	100403	45.21	liczba wykonanych i udokumentowanych innych świadczeń profilaktycznych	ZBPOZ
4.4	100404	45.11	liczba udzielonych uczniom świadczeń pomocy doraźnej	ZBPOZ
4.5	100501	45.21	liczba uczniów klas I-VI objętych grupową profilaktyką fluorkową w okresie sprawozdawczym	ZBPOZ

**Pytanie 13:** punkt 20.1.3 – 1.1 – co Zamawiający rozumie pod pojęciem „ewidencja wydanych recept”?

**Odpowiedź na Pytanie 13:** Ewidencja wydanych recept oznacza możliwość sprawdzenia (i wydrukowania za zadany okres) który lekarz, kiedy, co i komu wypisał (z możliwością posortowania wg lekarzy i wydruku dla wybranych lekarzy)

**Pytanie 14:** punkt 20.1.3 – 1.m – czy słownik badań laboratoryjnych i diagnostycznych może opierać się na ICD9? Czy wystarczająca jest forma opisowa (w polu tekstowym) zamieszczania wyników badań diagnostycznych i laboratoryjnych?

**Odpowiedź na Pytanie 14:** Zamawiający wymaga aby słownik badań laboratoryjnych i diagnostycznych opierał się na ICD10 (nie może opierać się o ICD9). Nie jest wystarczająca forma opisowa zamieszczania wyników badań diagnostycznych i laboratoryjnych.

**Pytanie 15:** punkt 20.1.3 – 1.o – prosimy o wymienienie niezbędnych raportów?

**Odpowiedź na Pytanie 15:**

Niezbędne raporty (do rozliczeń NFZ):

- sprawozdanie z realizacji umowy
- korekty do tych sprawozdań
- sprawozdanie finansowe
- zbiorcze zestawienie produktów jednostkowych
- zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji
- zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie art.2 ust.1(decyzja burmistrza/wójta)
- zestawienie kosztów świadczeń rozliczanych ryczałtowo
- zagregowany raport statystyczny
- następujące roczne sprawozdania statystyczne:

Kod	Nazwa	Rodzaj
R08MZ11_1A	2008 MZ-11 Porady profilaktyczne	2008 MZ-11 Porady profilaktyczne
R08MZ11_1B	2008 MZ-11 Wizyty profilaktyczne pielęgniarek i położnych	2008 MZ-11 Wizyty profilaktyczne pielęgniarek i położnych
R08MZ11_2	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat
R08MZ11_2A	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat - pierwszy	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat
R08MZ11_3	2008 MZ-11 Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży	2008 MZ-11 Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży
R08MZ11_4	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19lat i więcej	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19lat i więcej
R08MZ11_4A	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej - pierwszy raz	2008 MZ-11 Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19lat i więcej
R08MZ12_4	2008 MZ-12 Działalność różnych form opieki dziennej i nocnej	2008 MZ-12 Działalność różnych form opieki dziennej i nocnej
R08MZ12_6	2008 MZ-12 Pracujący i działalność poradni specjalistycznych	2008 MZ-12 Pracujący i działalność poradni specjalistycznych
R08MZ12_7	2008 MZ-12 Pracujący i działalność poradni stomatologicznych	2008 MZ-12 Pracujący i działalność poradni stomatologicznych
R08MZ12_8	2008 MZ-12 Działalność oddziałów dziennych nie wykazanych w dziale 4	2008 MZ-12 Działalność oddziałów dziennych nie wykazanych w dziale 4
R08MZ1541A	2008 MZ-15 Dział 4.1 01 Leczeni ogółem	2008 MZ-15 Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)
R08MZ1541B	2008 MZ-15 Dział 4.1 02 Leczeni mężczyźni	2008 MZ-15 Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)
R08MZ1541C	2008 MZ-15 Dział 4.1 03-06 Leczeni według wieku	2008 MZ-15 Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)
R08MZ1541D	2008 MZ-15 Dział 4.1 07 Z Leczeni ogółem po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)
R08MZ1541E	2008 MZ-15 Dział 4.1 Z 08 Leczeni mężczyźni po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)
R08MZ1541F	2008 MZ-15 Dział 4.1 09-12 Leczeni według wieku po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)
R08MZ1542A	2008 MZ-15 Dział 4.2 01 Leczeni ogółem	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych
R08MZ1542B	2008 MZ-15 Dział 4.2 02 Leczeni mężczyźni	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych
R08MZ1542C	2008 MZ-15 Dział 4.2 03-06 Leczeni według wieku	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych
R08MZ1542D	2008 MZ-15 Dział 4.2 07 Z Leczeni ogółem po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych
R08MZ1542E	2008 MZ-15 Dział 4.2 Z 08 Leczeni mężczyźni po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych
R08MZ1542F	2008 MZ-15 Dział 4.2 09-12 Leczeni według wieku po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych
R08MZ1543A	2008 MZ-15 Dział 4.3 01 Leczeni ogółem	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
R08MZ1543B	2008 MZ-15 Dział 4.3 02 Leczeni mężczyźni	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
R08MZ1543C	2008 MZ-15 Dział 4.3 03-06 Leczeni według wieku	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
R08MZ1543D	2008 MZ-15 Dział 4.3 07 Z Leczeni ogółem po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
R08MZ1543E	2008 MZ-15 Dział 4.3 Z 08 Leczeni mężczyźni po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
R08MZ1543F	2008 MZ-15 Dział 4.3 09-12 Leczeni według wieku po raz pierwszy w życiu	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu
R08MZ154BA	2008 MZ-15 Dział 4.3 01 Leczeni ogółem - w. 13	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - wiersz 13
R08MZ154BB	2008 MZ-15 Dział 4.3 02 Leczeni mężczyźni - w. 13	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - wiersz 13
R08MZ154BC	2008 MZ-15 Dział 4.3 03-06 Leczeni według wieku - w. 13	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - wiersz 13
R08MZ154BD	2008 MZ-15 Dział 4.3 07 Z Leczeni ogółem po raz pierwszy w życiu - w. 13	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - wiersz 13
R08MZ154BE	2008 MZ-15 Dział 4.3 Z 08 Leczeni mężczyźni po raz pierwszy w życiu - w. 13	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - wiersz 13
R08MZ154BF	2008 MZ-15 Dział 4.3 09-12 Leczeni według wieku po raz pierwszy w życiu - w. 13	2008 MZ-15 Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - wiersz 13
R08ZD3_2	2008 ZD3 Podstawowa opieka zdrowotna	2008 ZD-3 Podstawowa opieka zdrowotna
R08ZD3_2D	2008 ZD3 Podstawowa opieka zdrowotna - wizyty domowe	2008 ZD-3 Podstawowa opieka zdrowotna
R08ZD3_3	2008 ZD3 Specjalistyczna opieka zdrowotna	2008 ZD-3 Specjalistyczna opieka zdrowotna

**Pytanie 16:** punkt 20.1.3 – 1.p – co należy rozumieć pod pojęciem „niezbędnych danych pacjenta” – prosimy o dokładne wyliczenie; prosimy o podanie pełnego zakresu „wszystkich potrzebnych funkcji”.

**Odpowiedź na Pytanie 16:** Niezbędne dane pacjenta to: nazwisko, imię, data urodzenia, PESEL, płeć, adres, telefon, dane osoby ubezpieczającej (imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia), oddział NFZ, numer ubezpieczenia, data założenia kartoteki pacjenta

Wszystkie potrzebne funkcje oznaczają:

zakładanie kartoteki, modyfikację kartoteki, wyszukiwanie kartotek wg ustalonych przez użytkownika kryteriów, ewentualnie przenoszenie kartoteki do archiwum.

**Pytanie 17:** Punkt 20.1.3 – 1.q – czy Zamawiający może przekazać wzór używanej w jednostce „standardowej karty pacjenta”?

**Odpowiedź na Pytanie 17:** Wzór używanej standardowej karty pacjenta – deklaracji wyboru (Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 42 /2007/DSOZ z dnia 2 lipca 2007 roku Prezesa NFZ) znajduje się w załączniku nr 2 do niniejszego dokumentu.

**Pytanie 18:** Punkt 20.1.3 – 1.u – czy Zamawiający akceptuje odtwarzanie danych spoza poziomu aplikacji medycznej?

**Odpowiedź na Pytanie 18:** Tak. Zamawiający akceptuje odtwarzanie danych spoza poziomu aplikacji medycznej.

**Pytanie 19:** Czy gwarancja na poszczególne sprzęt liczona jest od momentu protokolarnego przekazania tego sprzętu Zamawiającemu, czy też od momentu podpisania protokołu końcowego odbioru?

**Odpowiedź na Pytanie 19:** Gwarancja na poszczególne sprzęt liczona jest od momentu podpisania protokołu odbioru końcowego.

**Pytanie 20:** Prosimy o wyjaśnienie zapisów w punkcie 20.2.5.3 mówiących o konieczności dostarczenia komputera o parametrach nie gorszych niż zepsuty switch?

**Odpowiedź na Pytanie 20:** Zamawiający oczekuje dostarczenia i uruchomienia zastępczego switcha o parametrach nie gorszych niż serwisowany switch.

**Pytanie 21:** W umowie brak jest zapisów mówiących o stosunku Zamawiającego do poleceń Wykonawcy. W obecnej formie zapisy umowy umożliwiają Zamawiającemu skuteczne blokowanie pracy przez Wykonawcę?

**Odpowiedź na Pytanie 21:** Informujemy, że zgodnie z punktem 18.2.2 projektu umowy w sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, które m.in. stanowią o wykonywaniu zobowiązań i odpowiedzialności.

BURMISTRZ  
Jan Dzugaj

Nr ewidencyjny skierowania

nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Pieczęć Świadczeniodawcy z numerem umowy  
zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia

## Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres ..... nr tel. ....  
Ulica - nr nr kodu miejscowość

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

Dotyczy dzieci od 3 - 18 lat

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka ..... PESEL .....

Rodzaj szkoły, klasa: .....

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

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

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci) .....

Leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat (podać rok; uzdrowisko) .....

II. 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 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 skierowania w języku polskim

wg. ICD-10 .....



Choroby współistniejące..... wg. ICD-10


Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe:..... g. ICD-10

III. WPISAĆ AKTUALNE WYNIKI BADAŃ: laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych. W przypadku leczenia szpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala.

OB..... morfologia krwi.....

Badanie moczu.....

rtg klatki piersiowej.....

.....

EKG.....

inne.....

.....

IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO (nie włączyć NFZ)

UZDROWISKO:  NAJOMORSKIE  NIZINNE  PODGÓRSKIE  GÓRSKIE

RODZAJ LECZENIA:  SZPITAL UZDROWISKOWY  SANATORIUM UZDROWISKOWE  PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data..... podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

V. OŚWIADCZENIE - WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA

Oświadczam, że jestem ubezpieczony w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie dla celów leczenia uzdrowiskowego moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, stosownie do ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z póź. zm.).

data..... czytelny podpis ubezpieczonego lub opiekuna

VI. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE (wypełnia lekarz specjalista balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Funduszu).

Leczenie uzdrowiskowe:  WSKAZANE  PRZECIWWSKAZANE  BRAK WSKAZAŃ

Propozycja miejsca leczenia:.....

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (właściwie podkreślić)

SZPITAL UZDROWISKOWY  SANATORIUM UZDROWISKOWE  PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data..... podpis i pieczęć lekarza

VII. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE (wypełnia oddział wojewódzki Funduszu)

Rodzaj ZLU: szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa,

Uzdrowisko:..... Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego.....

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok) od..... do.....

data.....

## SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

(nazwa i adres)

Po osobistym zbadaniu w dniu dzisiejszym kieruję Pana/Panią .....

..... ur. .... W .....

(imię ojca)

miejsce zamieszkania .....

1. Stan cywilny: 1) panna/kawaler 4) rozwiedziona(y)  
2) zamężna/zonaty 5) brak danych  
3) wdowa/wdowiec
2. Zatrudnienie 1) czynna(y) zawodowo 4) bezrobotna(y)  
2) emeryt(ka)/rencista(ka) 5) utrzymuje się z innych źródeł  
3) na utrzymaniu innych osób 6) brak danych
3. Wykształcenie: 1) podstawowe, 2) zawodowe, 3) średnie, 4) wyższe, 5) inne/niepełne,  
6) brak danych
4. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby badanej lub inny dowód .....
5. Osoba badana nie jest ubezwłasnowolniona częściowo lub całkowicie\*
6. Dane o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego (art. 46 ust. 1 ustawy):

1) małżonek .....

(imię, nazwisko, adres)

2) osoba sprawująca faktyczną opiekę .....

(imię, nazwisko, adres)

3) przedstawiciel ustawowy .....

(imię, nazwisko, adres)

7. Wywiad od osoby badanej .....

8. Wywiad od rodziny i innych osób .....

\* Właściwe podkreślić

9. Ocena stanu fizycznego .....

10. Ocena stanu psychicznego .....

11. Rozpoznanie wstępne .....

12. Stwierdzam, że\*\*

1) osoba badana zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób

Uzasadnienie .....

2) nieprzyjęcie osoby badanej do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego,

3) osoba badana jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu choroby psychicznej, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

13. Osoba badana ma być dowieziona do szpitala przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego: tak - nie\*

Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.

14. Rodzaj przymusu bezpośredniego .....

15. Skierowanie ważne jest 14 (czternaście) dni od daty wystawienia.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

\* Właściwe podkreślić  
\*\* Niepotrzebne skreślić

**D Z I A Ł II**  
**(wypełnia Urząd Stanu Cywilnego)**

Nr aktu zgonu

\_\_\_\_\_

Data rejestracji

rok 20 \_\_\_\_\_ mies. \_\_\_\_\_ dzień \_\_\_\_\_

15. Kod terytorialny miejsca rejestracji _____		16. Nr kolejny formularza _____ <small>(wypełnia urząd statystyczny)</small>	
17. Stan cywilny* 1. kawaler      6. separowana 2. panna        7. rozwiedziony 3. żonaty        8. rozwiedziona 4. zamężna     9. wdowiec 5. separowany 10. wdowa		18. Wykształcenie ukończone* 1. wyższe        4. zasadnicze zawodowe 2. policealne    5. gimnazjalne 3. średnie        6. podstawowe 7. niepełne podstawowe	
19. Źródło utrzymania* A: Praca 1. najemna w sektorze publicznym 2. najemna w sektorze prywatnym 3. na rachunek własny w rolnictwie 4. na rachunek własny poza rolnictwem		B: Niezarobkowe 5. emerytura 6. renta z tytułu niezdolności do pracy 7. zasiłek dla bezrobotnych 8. inne	C: Inne dochody D: Na utrzymaniu <input type="checkbox"/> <small>(wpisać symbol osoby utrzymującej: 1-8 lub C)</small>
20. Miejsce zamieszkania _____ (nazwa miejscowości) _____ (symbol terytorialny) <small>(wypełnia urząd statystyczny)</small> gmina (dzielnica) _____ powiat _____ województwo _____			
21. Wypełnić tylko dla osób o stanie cywilnym: żonaty (zamężna) Dane wdowca (wdowy) Nr PESEL _____ Nazwisko _____ Imię (imiona) _____ Nazwisko rodowe _____ Data urodzenia _____ Rok zawarcia związku małżeńskiego _____ <small>rok      mies.      dzień</small>			
22. Rok zawarcia związku małżeńskiego rodziców _____		23. Data urodzenia matki dziecka _____ <small>rok      mies.      dzień</small>	

\* Właściwe określenie otoczyć obwódką.

rok 20 \_\_\_\_\_ mies. \_\_\_\_\_ dzień \_\_\_\_\_

.....  
(pożpis kierownika Urzędu Stanu Cywilnego)

**KARTA ZGONU (dla celów pochowania zwłok)**

Wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu

1. Imię i nazwisko zmarłego .....	2. Płeć* męska żeńska
3. Data i miejsce urodzenia .....	
4. Data zgonu .....	
5. Miejsce zgonu .....	
6. Ostatnie miejsce zamieszkania .....	
7. Dziecko martwo urodzone: <input type="checkbox"/> tak** <input type="checkbox"/> nie**	
8. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295 i Nr 120, poz. 1268 z późn. zm.). <input type="checkbox"/> tak** <input type="checkbox"/> nie**	
..... <small>(pieczęć i podpis osoby stwierdzającej zgon)</small>	



**KARTA ZGONU**  
**(dla celów USC)**

Wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu

1. Imię i nazwisko zmarłego .....	2. Płeć* męska żeńska
3. Data i miejsce urodzenia .....	
4. Data zgonu .....	
5. Miejsce zgonu .....	
..... <small>(pieczęć i podpis osoby stwierdzającej zgon)</small>	

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Właściwe zaznaczyć.



- linia odcięcia

wypełnia Urząd Stanu Cywilnego

Urząd Stanu Cywilnego

W .....

Stwierdza się, że zgon zarejestrowano w księgach  
Stanu Cywilnego

w dniu .....

pod numerem .....

Dane uzupełniające\*:  
Nazwisko rodowe osoby zmarłej .....

Stan cywilny.....

Imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej .....

, data .....

(pieczęć i podpis kierownika Urzędu Stanu Cywilnego)

\* Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 1 sierpnia 2001 r. w sprawie sposobu prowadzenia ewidencji grobów (Dz.U. Nr 90, poz. 1013).

Kierownik  
Urzędu Stanu Cywilnego

Nr aktu zgonu .....

(podpis i pieczęć)

..... dnia .....

 - linia odcięcia

(pieczęć uprawnionego podmiotu\*)

dziecko do 1 roku  
 innych  
(wypełnia urząd statystyczny)

**KARTA STATYSTYCZNA**  
do karty zgonu  
**DZIAŁ I**  
(wypełnia osoba upoważniona do stwierdzenia zgonu)

1. Nazwisko
2. Imię (imiona)
3. Data zgonu rok   mies.   dzień   godz.  min.    
wpisać cyframi arabskimi
4. Data urodzenia rok   mies.   dzień   godz.  min.    
wpisać cyframi arabskimi
5. Płeć \*\* 1. męska 2. żeńska
6. Numer PESEL

<b>7. Przyczyna zgonu</b> a) ..... <small>(przyczyna wyjściowa, albo przyczyna zewnętrzna urazu lub zatrucia)</small> ..... b) ..... <small>(przyczyna wtórna)</small> ..... c) ..... <small>(przyczyna bezpośrednia)</small> .....		<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Symbol przyczyny wyjściowej albo przyczyny zewnętrznej urazu lub zatrucia wg ICD 10</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Pieczęć i podpis lekarza orzekającego o przyczynie zgonu dla celów statystycznych</p>
<b>8. Miejsce zgonu**</b> 1. szpital 2. inny zakład opieki zdrowotnej 3. dom 4. inne	<b>9. Osoba stwierdzająca przyczynę zgonu**</b> 1. lekarz w wyniku sekcji zwłok 2. lekarz bez sekcji zwłok 3. inna	
Rubryki 10-14 wypełniać tylko dla dzieci w wieku do 1 roku		
<b>10. Dziecko pochodziło z porodu**</b> 1. pojedynczego, 3. trojaczego 2. bliźniaczego, 4. czworaczego	<b>11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>13. Długość ciała dziecka przy urodzeniu w centymetrach</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>14. Okres trwania ciąży w tygodniach</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	

\* Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, indywidualnej praktyki lekarskiej, lekarza, osoby powołanej przez starostę.

\*\* Właściwe określenie otoczyć obwódką.

rok     mies.   dzień    
wpisać cyframi arabskimi

(pieczęć i podpis osoby stwierdzającej zgon)

pieczęć placówki służby zdrowia

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko ubezpieczonego(ej) .....

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

Tożsamość ustalono na podstawie dowodu osobistego\*/paszportu\* seria ..... nr .....

### 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

\* niepotrzebne skreślić

---

3. Wyniki badań pomocniczych i wnioski z konsultacji specjalistycznych potwierdzające rozpoznanie choroby podstawowej i chorób współistniejących

---

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

---

5. Ubezpieczony(a) jest:

zdolny(a);  niezdolny(a) do odbycia podróży na badanie przez lekarza orzecznika (konsultanta) ZUS z powodu:

---

załączniki :

.....  
podpis i pieczęć lekarza

**UWAGA:** Zaświadczenie o stanie zdrowia powinno być wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia wniosku o świadczenie

**N-9** Zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego wydane przez lekarza prowadzącego leczenie

ZUS Wdż. Poligr. we Wrocławiu. Nakł. 73 000 egz. Zam. nr 486/08.

<b>POM</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia	
	<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze</b>	
<b>ORT</b>	pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej numer identyfikacyjny świadczeniodawcy	
	I. Dane personalne świadczeniobiorcy <b>PESEL</b> <input type="text"/>	
<b>WYPELNIŃ ZLECĄJĄCY</b>	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____	
	Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego/osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) _____	
	Nazwisko (-a) _____	
	Imiona _____ Data _____	
	<b>Adres:</b> Kod : <input type="text"/> - <input type="text"/> Miejscowość _____	
	Ulica _____ nr domu _____ m. _____	
	Rodzaj schorzenia upoważniającego – według klasyfikacji ICD10 <input type="text"/>	
	Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/>	
	Kod zaopatrzenia wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego ilość <input type="text"/>	
	Nazwa przedmiotu / środka _____ Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka _____	
Jakiego miesiąca/okresu dotyczy zaopatrzenie _____		
Dysfunkcja stała <input type="checkbox"/> dysfunkcja czasowa <input type="checkbox"/> do stałego użytkowania <input type="checkbox"/>		
Data wystawienia zlecenia _____ Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia _____		

**WYPELNIŃ PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA**

**II. Potwierdzenie prawa do uzyskania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:**

Nr Oddziału NFZ : .....

Kod przedmiotu / środka: \_\_\_\_\_ Zlecenie ważne do \_\_\_\_\_

Limit cenowy \_\_\_\_\_ Refundacja NFZ w % \_\_\_\_\_

Ostatnio otrzymane przedmioty / środki, tego rodzaju (data): \_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne)

**WYPELNIŃ REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄCA**

**III. Potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego:**

Pieczęć zakładu \_\_\_\_\_ data przyjęcia do realizacji \_\_\_\_\_

Ilość przedmiotów / środków \_\_\_\_\_ Rodzaj (typ, nr fabryczny, itp.) \_\_\_\_\_

Kwota refundacji \_\_\_\_\_ kwota zapłacona przez ubezpieczonego \_\_\_\_\_

Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego przedmiotu / środka

Podpis Realizatora \_\_\_\_\_ Nazwisko, imię i podpis odbierającego \_\_\_\_\_

Data odbioru \_\_\_\_\_ PESEL osoby odbierającej \_\_\_\_\_

**Uwaga:**

- Jeżeli cena wydanego wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego jest niższa lub równa określonej limitowi ceny, NFZ należy obciążyć ceną wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego w przypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 50, 70% ceny wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego jest wyższa niż określa limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa świadczeniobiorca.



(pieczęć zakładu)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w szkołach wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (DzU 120, poz. 767) orzeka się, że:

u .....  
imię i nazwisko

urodzonego dnia ..... miesiąca ..... roku .....

zamieszkałego w .....

- kandydata do szkoły wyższej,\*
- studenta szkoły wyższej,\*
- uczestnika studiów doktoranckich,\*

W .....  
nazwa i adres szkoły wyższej\* lub jednostki, w której odbywają się studia doktoranckie oraz wydziału(wydziałów)

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do

- podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich.\*

Data następnego badania .....

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do

- podjęcia\*/kontynuowania\* studiów w szkole wyższej,
- uczestniczenia w studiach doktoranckich.\*

\*) właściwe podkreślić

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badania**POUCZENIE**

Osoba zainteresowana otrzymująca zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

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

## INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO

Pacjent .....  
(imię i nazwisko)

Data ur. ....

Adres .....

Opis udzielonego świadczenia .....

.....

.....

Zalecenia: wymaga objęcia stałą opieką poradni specjalistycznej  
nie wymaga pozostawania pod stałą opieką poradni specjalistycznej \*

Zalecenia szczególne:

.....

.....

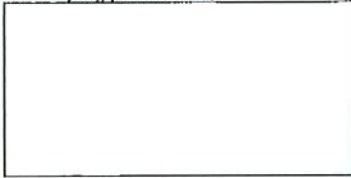
.....

.....

.....  
podpis i pieczęć wykonującego świadczenie

\* *potrzebno zakreślić*

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



.....dnia.....200.....r

### ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....

.....lat.....  
imię i nazwisko

adres.....

PESEL

telefon.....

rozpoznanie.....

w języku polskim

kod(ICD10).....

#### stopień niesprawności pacjenta

I stopień niesprawności	*
II stopień niesprawności	*

\* właściwie zaznaczyć znakiem „X”

Z.....

nazwa jednostki, adres

w dnl.....o godzinie.....

w pozycji.....

do.....

nazwa jednostki, adres

#### cel przewozu

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

\* właściwie zaznaczyć znakiem „X”

#### Pouczenie dla ubezpieczonego

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

- konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub potrzeby zachowania ciągłości leczenia;
- konieczność przewozu osób ubezpieczonych posiadających dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;

i wobec którego ustalono:

I stopień niesprawności – udział ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;

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

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

.....  
Podpis ubezpieczonego

.....  
podpis i pieczęć lekarza

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza praktykującego Indywidualnie)

.....  
(Nr identyfikacyjny REGON)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767) orzeka się, że:

u .....  
(imię i nazwisko)

urodzonego dnia ..... miesiąca ..... roku .....

zamieszkałego w .....

- kandydata szkoły ponadpodstawowej,\*
- ucznia szkoły ponadpodstawowej,\*

w .....  
(nazwa i adres szkoły)

1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia\*/kontynuowania\* nauki  
Data następnego badania .....

2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia\*/kontynuowania\* nauki.

\*) Właściwie podkreślić

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badania)

..... dnia ..... r.

### POUCZENIE

Kandydat do szkoły lub uczeń szkoły otrzymujący zaświadczenie lekarskie - w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia - może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Jeżeli osoba, której zaświadczenie dotyczy, nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych wniosek może złożyć jej przedstawiciel ustawowy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.

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

....., dnia ..... 200.. r.

## SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Panią/Pana ....., lat .....

Adres .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon .....

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

W .....  
(adres)

oddział .....  
(nazwa oddziału)

Rozpoznanie .....  
(w języku polskim)

..... kod (ICD 10) .....

Termin uzgodnionego przyjęcia .....

.....  
pieczęć i podpis lekarza

pieczęć szpitala, adres, telefon  
numer umowy

.....  
(miejscowość, data)

Uwagi szpitala:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem .....

Termin przyjęcia do Szpitala: .....

### Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent .....  
(imię i nazwisko)

Data ur. ....

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia: .....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza

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

.....  
(miejsowość, data)

**ORZECZENIE LEKARSKIE Nr .....**  
**z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych**

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego, stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2003 roku, w sprawie badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych (Dz. U. Nr 61, poz. 1975), stwierdzono, że:

Pan(i) .....  
(imię i nazwisko)

Nr PESEL .....

zamieszkały(a) w .....

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

W .....  
(nazwa i adres zakładu pracy/pracodawcy)

.....  
na stanowisku .....

1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych - zdolny(a) do podjęcia/wykonywania\* prac

Data następnego badania .....

2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny(a) do podjęcia/wykonywania\* prac

a) trwale

b) czasowo na okres

Data następnego badania .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza  
przeprowadzającego badanie)

**POUCZENIE**

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

Zaświadczenie zostało wydane w wyniku ponownego badania.\*

\* Niepotrzebne skreślić.

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

....., dnia ..... 200 .. r.

## SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

.....  
nazwa pracowni

Proszę o badanie .....  
(rodzaj badania)

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

Adres .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon .....

Rozpoznanie .....  
(w języku polskim)

.....  
kod(ICD10)

Cel badania (uzasadnienie).....  
.....  
.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza

*Uwagi pracowni diagnostycznej:*

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Wyznaczony termin badania .....

.....  
czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej

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

....., dnia ..... 200 .. r.

## SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

.....  
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym\*

Panią(Pana) ....., lat .....

Adres .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon .....

Rozpoznanie .....  
(w języku polskim)

..... kod(ICD10) .....

Cel porady (uzasadnienie) .....

.....  
.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....  
.....

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

*Uwagi poradni specjalistycznej:*

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem .....

Termin wyznaczonej porady .....

\* właściwe podkreślić



(pieczęćka zakładu)

....., dn. .... r.  
(miejscowość)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

Data urodz. .... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i nr dowodu tożsamości <sup>1)</sup> .....

zamieszkały(a) .....

Rozpoznanie <sup>2)</sup> .....

Cel wydania zaświadczenia .....

Pieczęćka i podpis lekarza

Uwaga:

1) Wypełniać tylko w przypadkach uzasadnionych.

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

Pieczczę zakładu  
leczniczego

**ZLECENIE NA ZABIEGI  
DOKONYWANE PRZEZ  
FELCZERÓW-PIELĘGNIARKI**

Nazwisko i imię chorego .....

Adres .....

Rodzaj zabiegu .....

w gabinecie \*) .....  
domu chorego \*) .....

Nazwa leku – dawka .....

Ilość zabiegów .....

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza

\*) niepotrzebne skreślić

MaForm 4 Z-42 Druk STD/GZAP 06-141 Standard

Data

wykonanie zabiegu

Uwagi:

Po dokonaniu zabiegów dołączyć do karty chorego.

## Deklaracja wyboru: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej<sup>1</sup>

**Uwaga! Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (tzn. lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.**

### UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

#### I. Dane osobowe (patrz instrukcja wypełnienia deklaracji)

1. Dane osoby, dla której dokonywany jest wybór (świadczeniobiorcy):

Kod Oddziału NFZ<sup>2</sup>

(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej )

(Nazwisko)

(Imię/Imiona)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Nazwisko rodowe)

(Płeć: M/K)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

(Nazwa gminy)

(Telefon)

Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

(Telefon)

(Nazwa gminy)

(Telefon)

2. Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:<sup>3</sup>

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

#### II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

- Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ..... przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U.Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

