

Pieczątką zakładu opieki zdrowotnej / praktyki lekarskiej:	Formularz zgłoszenia zachorowania (podejrzenia zachorowania)* na chorobę zakaźną⁽¹⁾	Adresat: Państwowy Powiatowy / Graniczny* Inspektor Sanitarny W
Resortowy kod identyfikacyjny zakładu / praktyki lek. ⁽²⁾	Uwaga: (1) Nie dotyczy zachorowań i podejrzeń zachorowań na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierzeżączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i innej chlamydiozy oraz rzeżączki - zgłaszanych na innych formularzach. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 24 godzin zgodnie z art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003r. Nr 45 poz. 391). (2) Zakłady opieki zdrowotnej wypełniają zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002r. Nr 223, poz. 1880) oraz zapisami w decyzji o zarejestrowaniu zakładu. Praktyki lekarskie wypełniają tylko część I i II kodu. (*) Niepotrzebne skreślić.	
Część I. REGON	
Część II. TERYT	
Część III. Podmiot, który utworzył zakład	
Część VIII. Specjalność komórki organiz.	

I. ROZPOZNANIE / PODEJRZENIE		
1. Kod ICD-10	2. Określenie słowne	3. Data (dd/mm/rr)
...../...../.....
4. Podstawa rozpoznania / podejrzenia (zaznaczyć)		
<input type="checkbox"/> Badania 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)	

II. DANE CHOREGO		
1. Nazwisko		
.....		
2. Imię	3. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	4. Nr PESEL
...../...../.....
5. Inny krajowy nr identyfikacyjny*	6. Płeć (M, K)	7. Obywatelstwo
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania (czasowego pobytu)		
8. Kod	9. Miejscowość	
..... -	
10. Gmina		
.....		
11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu
.....
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (wypełnić, jeżeli adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania/czasowego pobytu)		
14. Kod	15. Miejscowość	
..... -	
16. Gmina		
.....		
17. Ulica	18. Nr domu	19. Nr lokalu
.....

* Wypełnić w przypadku osób nieposiadających nr PESEL (w tym obcokrajowców) wpisując na przykład. Odpowiedni nr dokumentu tożsamości

III. INNE INFORMACJE		
1. Data zachorowania / wystąpienia pierwszych objawów (dd/mm/rr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zatrucie pokarmowe środkiem chem.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, podać nazwę chemiczną środka (czynnik toksyczny) i nazwę handlową preparatu		
.....		
3. Nazwa i adres zakładu pracy lub nauki (dla dzieci: żłobek, przedszkole, szkoła)	
4. Pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5. Skierowano do szpitala	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak podać nazwę szpitala i adres		
.....		

IV. DANE ZGŁASZAJĄCEGO LEKARZA / FELCZERA		
1. Pieczątką imienna	2. Adres (nie powtarzać danych występujących na pieczętce)	3. Podpis
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu	Nr Lokalu
	Telefon (.....)	

Data	Status praesens
	Stan ogólny
	Budowa ciała
	Stan odżywiania Skóra
 Tkanka podskórna rozwinięta
 Układ mięśniowy, kostno-stawowy

	Wezły chłonne

	Czaszka

	Ciemiączko
	Gałki oczne
	Żrenice
	Reakcja na światło
	Nos
	Uszy — skrawki na ucisk
	Jama ustna
	Gardło
	Szyja

	Klatka piersiowa

	Nad polami płucnymi odgłos opukowy
	osłuchowo

	Czynność serca
	tony
	Brzuch wysklepiony
	klatki piersiowej
	Wątroba
	Śledziona
	Perystaltyka
	Narządy moczowo-płciowe

	Objawy oponowe

	Stawy biodrowe

.....
.....
Kościan

Potwierdzam tożsamość dziecka

Podpis pracownika

Podpis osoby odbierającej dziecko

(nr i seria dowodu osobistego)

.....
.....
Kościan

Potwierdzam tożsamość dziecka

Podpis pracownika

Podpis osoby odbierającej dziecko

(nr i seria dowodu osobistego)

.....
.....
Kościan

Potwierdzam tożsamość dziecka

Podpis pracownika

Podpis osoby odbierającej dziecko

(nr i seria dowodu osobistego)

Kościan, dnia

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

**WNIOSEK O SKIEROWANIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W KOŚCIANIE**

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego SP ZOZ w Kościanie. Jednocześnie wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za pobyt w Zakładzie zgodnie z art. 34a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 ze zm.) w brzmieniu: „Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.”

Oświadczam, że na mój dochód składają się:

1.
2.
3.
4.

Do wniosku załączam:

1. zaświadczenie lekarskie
2. wywiad pielęgniarzki
3. dokumenty stwierdzające wysokość dochodu

.....
(w szczególności decyzja organu emerytalno-rentowego ustalająca wysokość emerytury lub renty,
decyzja o przyznaniu zasiłku z pomocy społecznej, decyzja o przyznaniu renty socjalnej, itp.)

4. zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ze świadczenia emerytalno-rentowego

5.
(inne dokumenty)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu
lub jej przedstawiciela ustawowego)