

1

A5

Szpital
 Oddział
 (pieczętka) 64-000 KOŚCIAN, ul. Szpitalna 7
 Oddział Wewnętrzny
 tel. 065 512 08 55 wew. 233
 150001592/03/1/0037/0/09/11
 REGON 411051999
 KRS 0000039047
 30-00083-003

Data
 Do
 Pracowni serologii transfuzjologicznej
 w

SKIEROWANIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię
 Data urodzenia lub PESEL
 Rozpoznanie

 Poprzednie wyniki badań
 (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe)

 (czytelny podpis osoby pobierającej krew) (pieczętka i podpis lekarza kierującego)

SAMODZIELNY PUBLICZNY
 ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
 Oddział Wewnętrzny
 64-000 KOŚCIAN, ul. Szpitalna 7
 tel. 65 512 08 55 wew. 326, tel./fax 65 512 07 60
 150001592/03/1/0037/0/09/11
 NIP 698-15-78-284 REGON 411051999
 KRS 0000039047
 30-00083-003

2

A5

ADRES ZAKŁADU PRACY

Nr

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Ob. ur.
 zam.
 przebywa
 od dnia
 Kościan, dnia

(podpis)

3

A5

..... dnia 20..... r.

SKIEROWANIE DO LABORATORIUM

.....
Proszę o wykonanie wymienionych niżej badań

u Pana(i), lat

Adres

PESEL telefon

Badanie:

1.

2.

3.

4.

5.

.....
czytelny podpis, pieczętka lekarza

4

A5

..... dnia 20..... r.

SKIEROWANIE DO LABORATORIUM

.....
Proszę o wykonanie wymienionych niżej badań

u Pana(i), lat

Adres

PESEL telefon

Badanie:

1.

2.

3.

4.

5.

.....
czytelny podpis, pieczętka lekarza

5

A5

pieczęć poradni

Załącznik nr 6

Oświadczenia pacjenta składane w związku z proponowaną procedurą zabiegową lub diagnostyczną w Poradni Specjalistycznej SP ZOZ w Kościanie

Imię i nazwisko pacjentaPESEL.....

Oświadczam, iż zostałem zapoznana/y przez lekarza z rodzajem proponowanego leczenia związanego z wykonaniem zabiegu, badania, innej procedury medycznej, z mogącymi wystąpić w trakcie ich realizowania powikłaniami.

Oświadczam, iż po uzyskania niezbędnych informacji i wyjaśnień wyrażam zgodę na wykonanie niżej wymienionego zabiegu, badania, innej procedury medycznej,

.....
.....

.....
data i podpis pacjenta

6

A5

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

* właściwe podkreślić

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwagi poradni specjalistycznej
Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

7

dnia r.

AS

..... nazwa poradni

Proszę o badanie (rodzaj badania)

u Pana (i) , lat

Adres

PESEL telefon

Rozpoznanie (w języku polskim)

..... kod (ICD 10)

Cel porady (uzasadnienie)

.....

Badania dotychczas wykonane

.....

.....

.....

Uwagi pracowni diagnostycznej

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Wyznaczony termin badania

czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej

8

AS

ZLECENIE INDYWIDUALNE

Data wystawienia skierowania:
PODPIS ZLECAJĄCEGO
PODPIS PRZYJMUJĄCEGO ZLECENIE

SKIEROWANIE DO LABORATORIUM SP ZOZ KOŚCIAN

64-000 Kościan, ul. Szpitalna 7
tel. 65 512 08 55

DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię

Płeć (K/M) Data urodz. PESEL

Adres

BADANIA

- 1. 8. 15.
2. 9. 16.
3. 10. 17.
4. 11. 18.
5. 12. 19.
6. 13. 20.
7. 14. 21.

Oświadczam, iż usługa medyczna / badanie medyczne, które wykonano mi w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kościanie jest badaniem / usługą w zakresie opieki medycznej, służącą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia w rozumieniu art. 43. ust. 1 pkt. 18 - ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. nr 54 poz. 535 z dnia 11 marca 2004 roku z późn. zm.)

..... data i godzina pobrania materiału

..... czytelny podpis osoby pobierającej

..... data i godzina przyjęcia do laboratorium

9

A5

SP ZOZ w Kościanie
Laboratorium
tel. 065 5120 885 wew. 236
ul. Szpitalna 7

Kościan, dnia

Upoważniam nr PESEL

do odbioru wyniku badania laboratoryjnego wykonanego w dniu

.....
podpis osoby upoważniającej

.....
potwierdzenie odbioru

10

A5

....., dnia r.
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej¹⁾)

ZAŚWIADCZENIE
lekarskie/wystawione przez położną¹⁾
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka²⁾

Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość³⁾
.....

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

- Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych⁴⁾:
- 1) pierwszy trymestr ciąży -
 - 2) drugi trymestr ciąży -
 - 3) trzeci trymestr ciąży -

.....
(pieczęć i podpis lekarza / położnej¹⁾)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.
²⁾ Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.
³⁾ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.
⁴⁾ Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.

11

A5

Kościan, dnia

Zabieram dziecko

na urlop do domu

od do

i ponoszę za nie odpowiedzialność.

.....
Podpis

12

A5

SP ZOZ w Kościanie
Pracownia Mammograficzna
tel. 065 512 08 55 wew. 324
ul. Szpitalna 7

Kościan, dnia

Upoważniam nr PESEL

do odbioru wyniku mammografii wykonanej w dniu

.....
podpis osoby upoważniającej

.....
potwierdzenie odbioru

14

A5

ADRES ZAKŁADU PRACY

Nr

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

ZASWIADCZENIE

Ob. ur.

zam.

przebywa

od dnia

Kościan, dnia

.....
(podpis)

13

A5

SP ZOZ w Kościanie
Pracownia RTG
tel. 065 512 08 55 wew. 250
ul. Szpitalna 7

Kościan, dnia

Upoważniam nr PESEL

do odbioru wyniku badania RTG wykonanego w dniu

.....
podpis osoby upoważniającej

.....
potwierdzenie odbioru