

Załącznik nr 1
Dotyczy pacjentów nieposiadających dokumentu
Ubezpieczenia

Kościan, dnia

Zobowiązanie - Oświadczenie
Złożone przez:

Imię i nazwisko

Adres:

Nr dokumentu tożsamości:

PESEL:

Ja niżej podpisany/a zobowiązuje się do przedstawienia dokumentu ubezpieczenia, a w razie jego braku uregulowania należności za udzielone świadczenia medyczne w terminie nie przekraczającym 14 dni od daty ich wykonania. Jednocześnie jestem świadomy/a tego, że późniejsze przedstawienie dokumentu ubezpieczenia nie jest podstawą do anulowania faktury. (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowany ze środków publicznych Dz. U. nr 210 poz. 2135 art. 50 ust. 4 i 6).

Pokwitowanie dostarczenia dokumentu ubezpieczenia:

.....
czytelny podpis pacjenta

Data dostarczenia:

Numer legitymacji ubezpieczenia:

Data ważności dokumentu ubezpieczenia:

.....
data i czytelny podpis pracownika
SP ZOZ w Kościanie

.....
czytelny podpis pacjenta

..... dnia

(pieczęć oddziału składającego zapotrzebowanie)

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL lub data urodzenia

Grupa krwi pacjenta

Przeciwciała odpornościowe

Rozpoznanie choroby

Wskazanie do transfuzji

Nr księgi głównej Nr księgi oddziału

Proszę o wydanie

Liczba
jednostek
lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi ABO

Rh (stownie)

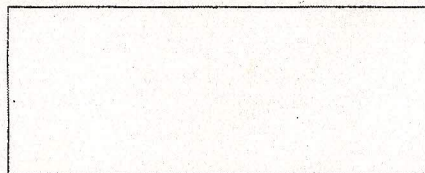
FENOTYP

.....
data, podpis i pieczęć lekarza zamawiającego

3

A 5

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



Samokopiuje

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

Grid for entering the patient's surname.

(Nazwisko)

Grid for entering the patient's first name.

(Imię)

Grid for entering the patient's PESEL identification number.

(Nr ewidencyjny PESEL)

Ostateczne rozpoznanie:

(wg ICD 10)

Grid for entering the final diagnosis code.

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania)

Series of horizontal dotted lines for describing the provided service.

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:

- 1. Wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej(specjalność)
- 2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej(specjalność)
- 3. Wydano skierowanie na hospitalizację*

Wskazówki dla lekarza kierującego:

- 1. W zakresie diagnostyki
- 2. W zakresie farmakoterapii
- 3. Inne

* potrzebne zakreślić

podpis i pieczęć wykonującego świadczenie