DOWÓD UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

DLA OSOBY ZATRUDNIONEJ NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ
- Potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę;
- Aktualne zaświadczenie z zakładu pracy;
- Legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczątką pracodawcy;

DLA OSOBY PROWADZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ
- Druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki;

DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ W KRUS
- Zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS;

DLA EMERYTÓW I RENCISTÓW
- Legitymacja emeryta lub rencisty z oznaczeniem oddziału NFZ;
- Zaświadczenie z ZUS lub KRUS;
- Aktualny odcinek emerytury lub renty;
- Dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty (przekaz);

DLA OSOBY BEZROBOTNEJ
- Aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ DOBROWOLNIE
- Umowa zawarta z NFZ i dokument potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

DLA CZŁONKA RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ
- Dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę zgłaszającą członków wraz z kserokopią zgłoszenia (druk ZUS RMUA i ZUS ZCNA lub ZUS ZCZA;
- Aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub Zaświadczenie z KRUS + Legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny z aktualną datą i pieczątką zakładu pracy lub ZUS;
- Legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu;
- W przypadku dzieci uczących się - pomiędzy 18 a 26 rokiem życia - dodatkowo należy przedstawić legitymację szkolną - studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności;

DLA OSOBY NIEUBEZPIECZONEJ OTRZYMUJĄCEJ ŚWIADCZENIA Z OPIEKI SPOŁECZNEJ
- Decyzja wojta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania;

DLA OSOBY UBEZPIECZONEJ W INNYM NIŻ POLSKA PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UNII EUROPEJSKIEJ LUB EFTA
- Poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP) + karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydany przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA;

DLA OSOBY PRZEBYWAJĄCEJ NA ZASIŁKU CHOROBOWYM LUB WYPADKOWYM
- Zaświadczenie z ZUS - do końca okresu pobierania zasiłku chorobowego lub wypadkowego;

Kartę informacyjną wydano pacjentowi / opiekunowi.

Ja niżej podpisana(y) ..... legitymująca(y) się dokumentem tożsamości ..... seria i numer ....., świadoma(y) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem ubezpieczona(y) w ..... Oddziale NFZ. Zobowiązuję się jednocześnie do dostarczenia osobiście lub przez osobę upoważnioną, dokumentu potwierdzającego posiadane ubezpieczenie w ciągu 7 dni od dnia przyjęcia w pomocy doraźnej.
W przeciwnym razie będę obciążona(y) kosztami związanymi z wykonaną wizytą i ewentualnymi kosztami upomnienia, zgodnie z fakturą wystawioną przez SPZOZ.

....
(miejscowość) (data) (czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)

KARTA PORADY Nr ....

POMOCY DORAŹNEJ POZ

IMIĘ I NAZWISKO: ..... LAT: .....

ADRES: .....

..... TAK / NIE .....
(data i godzina przyjęcia) (czy kontaktował(a) się z lekarzem rodzinnym)

PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ data ur. .....
lub PESEL opiekuna

....
(rodzaj dokumentu ubezpieczeniowego) (seria i numer) (data wydania / potwierdzenia)

ROZPOZNANIE: .....

.....

..... ICD-10 .....

WYKONANO: .....

.....

.....

.....

ZALECENIA: .....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia ..... 20.... .....
(podpis i pieczątka lekarza)

POWÓD PRZYBYCIA: .....

WYWIAD:.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na badanie lekarskie .....
(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

BADANIE PRZEDMIOTOWE: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu: .....
..... Zostałam(em) poinformowana(y) o ewentualnych powikłaniach miejscowych i ogólnych, w tym o zagrożeniu życia .....
(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Kartę informacyjną wydano pacjentowi / opiekunowi.

Wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej:

P. ....
(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o moim stanie zdrowia:

P. ....
(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

Ja niżej podpisana(y) ..... legitymująca(y) si dokumentem tożsamości ..... seria i numer .....,
świadoma(y) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że jestem ubezpieczona(y) w ..... Oddziale NFZ.
Zobowiązuję się jednocześnie do dostarczenia osobiście lub przez osobę upoważnioną, dokumentu potwierdzającego posiadane ubezpieczenie w ciągu 7 dni od dnia przyjęcia w pomocy doraźnej.
W przeciwnym razie będę obciążona(y) kosztami związanymi z wykonaną wizytą i ewentualnymi kosztami upomnienia, zgodnie z fakturą wystawioną przez SPZOZ.

....
(miejscowość) (data) (czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

KARTA INFORMACYJNA Nr ....

(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej)

POMOCY DORAŹNEJ POZ

IMIĘ I NAZWISKO: ..... LAT:.....

ADRES: .....

..... TAK / NIE .....
(data i godzina przyjęcia) (czy kontaktował(a) się z lekarzem rodzinnym)

PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ data ur. .....

lub PESEL opiekuna

....
(rodzaj dokumentu ubezpieczeniowego) (seria i numer) (data wydania / potwierdzenia)

ROZPOZNANIE: .....

.....

..... ICD-10 .....

WYKONANO: .....

.....

.....

.....

ZALECENIA: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia ..... 20.... .....
(podpis i pieczątka lekarza)