

**Załącznik nr 6**

do Regulaminu organizacyjnego Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” -  
Karta odpłatnego leczenia pacjenta

## KARTA ODPLATNEGO LECZENIA PACJENTA

IPCZD, dn.....

### KARTA ODPLATNEGO LECZENIA PACJENTA

wstępna / ostateczna<sup>1</sup>

Imię i nazwisko Pacjenta.....

Data urodzenia:.....

Nr historii choroby.....

Rozpoznanie ICD 10.....

Lp.	Nazwa oddziału	Planowane		Wykonane (uzupełnić, jeśli inne niż planowane)	
		Data przyjęcia	Data wypisu	Data przyjęcia	Data wypisu
1					
2					
...	<i>(przedłużyć tabelę w miarę potrzeb)</i>				

#### Planowane/ zużyte zasoby

Uwaga: w przypadku pobytu wielooddziałowego wypełnić dla każdego oddziału

#### Farmakoterapia i preparaty krwi:

Lp.	Nazwa leku	Postać leku	Planowane	Wykonane (uzupełnić, jeśli inne niż planowane)
-----	------------	-------------	-----------	---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

			Ilość podanego leku	Ilość podanego leku
1				
2				
...	<i>(przedłużyć tabelę w miarę potrzeb)</i>			

**Procedury diagnostyczne laboratoryjne i nielaboratoryjne:**

Lp.	Nazwa procedury	Ośrodek wykonujący	Planowane	Wykonane (uzupełnić, jeśli inne niż planowane)
			Liczba wykonań	Liczba wykonań
1				
2				
...	<i>(przedłużyć tabelę w miarę potrzeb)</i>			

**Konsultacje specjalistyczne:**

Lp.	Rodzaj konsultacji	Ośrodek wykonujący	Planowane	Wykonane (uzupełnić, jeśli inne niż planowane)
			Liczba wykonań	Liczba wykonań
1				
2				
...	<i>(przedłużyć tabelę w miarę potrzeb)</i>			

**Zabiegi operacyjne:**

Lp.	Nazwa zabiegu	Ośrodek wykonujący	Planowane	Wykonane (uzupełnić, jeśli inne niż planowane)
			Liczba wykonań	Liczba wykonań
1				
2				

...	<i>(przedłużyć tabelę w miarę potrzeb)</i>			
-----	--	--	--	--

**Zabiegi rehabilitacyjne:**

Lp.	Nazwa zabiegu	Ośrodek wykonujący	Planowane	Wykonane (uzupełnić, jeśli inne niż planowane)
			Liczba wykonań	Liczba wykonań
1				
2				
...	<i>(przedłużyć tabelę w miarę potrzeb)</i>			

1. Karta stanowi podstawę do wyceny wstępnej /końcowej hospitalizacji Pacjenta.
2. Poprawnie i kompletnie wypełnioną kartę należy planując przyjęcie / w przeddzień wypisu Pacjenta przekazać na adres: **platni@ipczd.pl** (tel. 10-80).

.....

Pieczętka i podpis lekarza prowadzącego