

A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kod oddziałowy nadany przez NFZ

Dane osoby do kontaktu:

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

B) INFORMACJA O LICZBIE ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ

Porada w poradni medycyny paliatywnej

Rok 2013

Rok 2014

C) INFORMACJA O SZCZEGÓLNOŚCI GROMADZENIA DANYCH KOSZTOWYCH

DANE DOTYCZĄCE PACJENTÓW

C1) Dla ilu procent pacjentów bylibyście Państwo w stanie wskazać informacje charakteryzujące wykonane im świadczenie (takie jak data realizacji świadczenia, kod zakresu, kod produktu, rozpoznanie, ilość produktów) w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C2) Ile procent leków wartościowo bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C3) Ile procent wyrobów medycznych oraz środków pomocniczych wartościowo bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C4) Ile (procentowo) rodzajów procedur medycznych [np. diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, terapeutycznych; w tym również realizowanych przez podmiot zewnętrzny] bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C5) Dla ilu (procentowo) rodzajów procedur medycznych [diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, terapeutycznych] bylibyście Państwo w stanie określić rodzaj personelu zaangażowanego w procedurę, czas zaangażowania oraz łączny koszt wynagrodzenia personelu przypisanego do danej procedury?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C6) Dla ilu (procentowo) spośród realizowanych rodzajów procedur medycznych (diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, terapeutycznych) jesteście Państwo w stanie podać średni koszt jednostkowy?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C7) Czy jesteście Państwo w stanie przekazać dane z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów (poradnia/pracownia) zawierające informacje analityczne przynajmniej o wszystkich następujących kosztach:

- koszty według rodzaju:
 - w tym koszty leków,
 - w tym koszty jednorazowych wyrobów medycznych,
 - w tym wynagrodzenia w podziale na lekarzy (łącznie z rezydentami), pielęgniarki oraz pozostały personel,
 - w tym kontrakty w podziale na lekarzy, pielęgniarki oraz pozostały personel,
 - w tym usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych,
- koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej
- koszty ogólnego zarządu

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C8) Czy jesteście Państwo w stanie przekazać wybrane dane niefinansowe takie jak:

- liczba personelu zatrudnionego w poradni w przeliczeniu na pełne etaty według grup zawodowych (lekarze, pielęgniarki, pozostały personel)

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

D) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych kosztowych: (do wybrania jedno z dwóch)

Odpłatnie

Nieodpłatnie

Czy chcielibyście Państwo współpracować z Agencją również w zakresie przygotowywania i przekazywania danych również w 2015 roku.: (do wybrania jedno z dwóch)

Tak

Nie



data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy zgodnie z KRS

Typ działalności

E1) OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Imię	Nazwisko
Adres zamieszkania	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Seria i numer dowodu osobistego	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	

Adres siedziby prowadzonej działalności gospodarczej

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

E2) SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Pełna nazwa spółki

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Wysokość kapitału zakładowego	
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

E3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Numer KRS

Nazwa sądu
prowadzącego rejestr
przedsiębiorstw

Siedziba sądu -
miejscowość

Numer wydziału
Gospodarczego
Krajowego Rejestru
Sądowego

Imię i nazwisko oraz
funkcja osoby
reprezentującej

E4) SPÓŁKA CYWILNA

Wspólnik 1:

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej
działalności
gospodarczej

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

NIP

REGON

Czy wspólnik
reprezentuje spółkę

tak
nie

Wspólnik 2:

Imię	Nazwisko
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer PESEL	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON
Czy wspólnik reprezentuje spółkę	tak nie
Nazwa działalności wspólnej na podstawie umowy spółki cywilnej	

Adres siedziby spółki:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

E5) STOWARZYSZENIE, PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDOROWOTNEJ, FUNDACJA

Pełna nazwa podmiotu

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego KRS	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

E6) INNA FORMA PRAWNA

Inna forma prawna



data i podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania firmy zgodnie z KRS