

UMOWA nr/02/KO-ŚOZ/...../2024

Zawarta w dniu r. w Radzynie Podlaskim

pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim, 21 – 300 Radzyń Podlaski, ul. Wisznicka 111, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Sądzie Rejonowym Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku VI Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego, KRS Nr 0000001707, REGON: 000308407, reprezentowanym przez **mgr inż. Roberta Lisa - Dyrektora**, zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienie**.

a

.....

 zwanym w dalszej części umowy **Przyjmującym zamówienie**.

o treści następującej:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Przyjmującego zamówienie na rzecz Udzielającego zamówienia całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie usługi opisu badań obrazowych (RTG, MRI, TK) w oparciu o teleradiologię przekazywanych w drodze transmisji danych w formie elektronicznej badań / obrazów radiograficznych pacjentów hospitalizowanych w oddziałach i diagnozowanych w systemie ambulatoryjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim z dostępem 24 godzinnym na dobę przez 7 dni w tygodniu i przekazywanie wyników do zlecającego badanie działającego w imieniu Udzielającego zamówienia.
2. Zakres przedmiotu umowy oraz cennik wynika z oferty Przyjmującego zamówienie stanowiącej załącznik nr 2 do SWK stanowiący jednocześnie załącznik do umowy.

§2

1. Opisy przesłanych badań wykonywane będą przez lekarzy Przyjmującego Zamówienia na podstawie przesłanego drogą elektroniczną skierowania na badanie, które na potrzeby niniejszej umowy stanowi załącznik nr 3 do umowy. W przypadku badań „bardzo pilnych” należy dodatkowo telefonicznie zawiadomić Przyjmującego Zamówienie o wysłaniu badania.
 Numer telefonu kontaktowego Przyjmującego zamówienie do zgłaszania pilności badań
2. Świadczenia udzielane są w sposób ciągły (24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu).
3. Opisy badań TK „cito” wykonane będą do 60 minut od chwili przesłania badań/obrazów radiograficznych do opisu. Opisy badań TK „pilnych” wykonywane będą do 48 godzin od chwili przesłania badań/ obrazów radiograficznych do opisu.

Opisy badań TK „planowych”- wykonywane będą w czasie do 5 dni roboczych od chwili przesłania badań / obrazów radiograficznych do opisu.

Opisy badań RM „cito” wykonywane będą do 48h, natomiast opisy RM „planowych” wykonywane będą do 5 dni roboczych od chwili przesłania badań.

4. Wyniki badań (zał. nr 4 do umowy) będą przesyłane drogą elektroniczną tj. z zastosowaniem systemu teleradiologicznego w postaci pliku pdf autoryzowanego podpisem kwalifikowanym specjalisty medycznego wskazanego w załączniku nr 6 do SWK, a w przypadku konieczności dokonania zmiany personelu medycznego wynik musi być podpisany przez lekarza o kwalifikacjach wymaganych przez Udzielającego Zamówienie i deklarowanych do realizacji przedmiotu umowy przez Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada infrastrukturę techniczną umożliwiającą odbieranie obrazów radiograficznych i zwrotne przesyłanie wyników badań w formie elektronicznej zabezpieczonych przed dostępem osób nieupoważnionych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i gwarantuje jej utrzymanie przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Przyjmujący Zamówienie będzie realizował usługi w oparciu o oprogramowanie, które zapewni Udzielającemu Zamówienie podgląd „on- line” statusów badań oraz poinformuje o kompletnym transferze danych obrazowych, rozpoczęciu opisu badania przez lekarza opisującego i dokonaniem opisu badania a także automatycznie przekaże Udzielającemu Zamówienie informacje o braku połączenia z jednostką opisującą Przyjmującego Zamówienie.
7. Przyjmujący Zamówienie na własny koszt dostarczy i zintegruje ze wskazanym węzłem DICOM niezbędny sprzęt i oprogramowanie do przesyłania zleceń na wykonanie opisu badania (skierowań na badanie TK/RM), obrazów oraz zwrotnie wyników badań i informacji, o których mowa w ust. 6.
8. Przyjmujący Zamówienie przeszkoli wskazanych przez Udzielającego Zamówienie pracowników w zakresie obsługi systemu informatycznego (dostarczonego oprogramowania) w tym przesyłania obrazów i odbioru wyników badań.
9. W przypadku wątpliwości co do treści opisu, lekarze Przyjmującego Zamówienie dokonujący opisu są zobowiązani niezwłocznie udzielić lekarzom Udzielającego Zamówienie dodatkowych telefonicznych wyjaśnień.
10. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia ciągłości wykonywania usług w okresie obowiązywania umowy i zapewnia całodobowy nadzór organizacyjny i techniczny nad realizacją zlecanych usług.
11. Jeżeli Przyjmujący Zamówienie nie dopełni swoich obowiązków wynikających z realizacji niniejszej umowy w szczególności terminowej realizacji zadań zgodnie z załącznik nr 2 do SWK stanowiący jednocześnie załącznik do umowy, Udzielający Zamówienia jest uprawniony do powierzenia realizacji zadania podmiotowi trzeciemu, na ryzyko i koszt Przyjmującego Zamówienie.

§3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania określonych w §1 świadczeń zgodnie z zasadami wiedzy medycznej przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im w ramach niniejszej umowy świadczeniami zdrowotnymi, a także zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w tym z właściwymi ze względu na przedmiot umowy przepisami wprowadzonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Przyjmujący Zamówienie zapewnia, iż świadczenia zdrowotne w zakresie opisów badań wykonane będą przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie tj.: lekarzy posiadających:
 - co najmniej 2 stopień specjalizacji z radiodiagnostyki lub tytuł specjalisty z radiologii i diagnostyki obrazowej oraz

- co najmniej 3 letnie doświadczenie w opisywaniu badań będących przedmiotem umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poddania się kontroli Udzielającemu Zamówienia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie spełniania wymagań niezbędnych do wykonania usług medycznych będących przedmiotem umowy.

§4

1. Za wykonanie przedmiotu umowy określonego w §1 strony ustalają wynagrodzenie określone w załączniku nr załącznik nr 2 do SWK stanowiący jednocześnie załącznik do umowy. Przez jedno badanie należy rozumieć badanie jednej okolicy anatomicznej tj.: głowy, szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy, kręgosłupa z podziałem na okolice anatomiczne, kończyny górnej z podziałem na okolice anatomiczne oraz kończyny dolnej z podziałem na okolice anatomiczne.
2. Za każdy wykonany opis badania Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie kwotę zgodną z załączonym do umowy cennikiem.
3. Ceny jednostkowe obejmują wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, o którym mowa w §1, w tym koszty wynikające ze zlecenia wykonania realizacji umowy trzeciemu podmiotowi spełniającemu wymagania do realizacji umowy.
4. Wynagrodzenie za wykonane usługi uzależnione jest od liczby faktycznie wykonanych opisów badań w każdym miesiącu obowiązywania umowy i stanowi sumę iloczynów wykonanych opisów badań i ich cen jednostkowych.
5. Zapłata za usługi następować będzie po zakończeniu miesiąca kalendarzowego na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego zamówienie do 7 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
6. Przyjmujący zamówienie do każdej faktury jest zobowiązany dołączyć sprawozdanie z wykonania Umowy, odrębnie za każdy miesiąc jej obowiązywania, lub udostępnić Udzielającemu Zamówienie raport w postaci pliku elektronicznego zawierającego dane przynajmniej zgodne z wzorem sprawozdania stanowiącego załącznik nr 5 do umowy.
7. Udzielający zamówienia dokona płatności poszczególnych faktur VAT przelewem na rachunek bankowy Przyjmującego zamówienie w terminie do 30 dni od daty otrzymania oryginału prawidłowo wystawionej faktury wraz ze sprawozdaniem wykonanych świadczeń, o którym mowa w ust. 6. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
8. Jako datę zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.
9. W przypadku opóźnienia płatności Przyjmujący Zamówienie ma prawo naliczyć odsetki ustawowe za opóźnienie, jednakże nie może zaprzestać wykonywania badań.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do potrącenia kar wynikających z umowy, jak też kar (innych obciążeń) nałożonych przez np.: NFZ w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową z faktur wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie po uprzednim, bezskutecznym wezwaniu Przyjmującego Zamówienie do zapłaty.

§5

1. W przypadku wystąpienia okoliczności, gdy dane świadczenie (opis) nie będzie mogło być wykonane w warunkach określonych niniejszą umową, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonać je na swój koszt u innego świadczeniodawcy spełniającego warunki wymagane niniejszą umową od Przyjmującego Zamówienie.

2. Niewywiązanie się przez Przyjmującego Zamówienie z obowiązku określonego w ust. 1 spowoduje, iż Udzielający zamówienia skorzysta z usługi innego świadczeniodawcy, a wszelkie z tego tytułu poniesione koszty zostaną pokryte przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 6

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń będących przedmiotem umowy ponosi solidarnie Przyjmujący Zamówienie i Udzielający Zamówienia. W zakresie rozliczeń regresowych między stronami umowy w związku z odpowiedzialnością solidarną, o której mowa powyżej, Udzielający Zamówienia nie ponosi odpowiedzialności, jeśli szkoda powstała z przyczyn leżących wyłącznie po stronie Przyjmującego Zamówienie, lub też nie ponosi odpowiedzialności w stopniu w jakim szkoda była następstwem przyczyn, leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie. Powyższe oznacza w szczególności, że w przypadku kiedy Udzielający Zamówienia zapłaci odszkodowanie (w tym zadośćuczynienie) jako dłużnik solidarny, Udzielający Zamówienia będzie uprawniony do żądania od Przyjmującego Zamówienie zwrotu całości lub części zapłaconej przez niego kwoty tytułem takiego odszkodowania (w tym zadośćuczynienia) w zależności od okoliczności, a zwłaszcza od winy Przyjmującego Zamówienie oraz od stopnia w jakim przyczynił się do powstania szkody.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do :
 - zawarcia umowy ubezpieczenia OC, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 4 września 2023 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2023 poz.1930)
 - okazania oryginału umowy ubezpieczeniowej przy podpisaniu umowy oraz dostarczenia kopii polisy jako załącznika nr 1 do niniejszej umowy,
 - utrzymania przez okres obowiązywania umowy, w wysokości wymaganej przez odpowiednie przepisy, sumy gwarancyjnej oraz zakresu ubezpieczenia,
 - wznawiania umowy ubezpieczeniowej w dniu jej wygaśnięcia przez cały okres trwania umowy.

§ 7

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się przestrzegać zasad uczciwej konkurencji, za naruszenie której Strony uważają:
 - wskazywanie pacjentom Udzielającego Zamówienia innych niż Udzielający Zamówienie wykonawców usług medycznych w zakresie działalności leczniczej wykonywanej przez Udzielającego Zamówienia,
 - strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji oraz/lub podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.
2. Dostęp oraz przetwarzanie danych osobowych, w związku z realizacją niniejszej umowy, odbywać się będzie na podstawie odrębnej umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych zawartej pomiędzy stronami na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie.

§ 8

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się prowadzić sprawozdawczość statystyczną na zasadach obowiązujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.
3. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli ze strony Udzielającego zamówienia. Przedmiotem ewentualnej kontroli może być wyłącznie sposób wykonywania niniejszej umowy.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się poddać kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§9

1. W przypadku wystąpienia okoliczności, gdy dany opis badania specjalistycznego nie będzie możliwy do wykonania na warunkach określonych niniejszą umową, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się wykonać ten opis u innego świadczeniodawcy na swój koszt. W takim przypadku podwykonawca Przyjmującego zamówienie musi spełniać wymogi wynikające z niniejszej umowy.
2. Nie wywiązanie się przez Przyjmującego zamówienie z ust. 1 powoduje, iż Udzielający zamówienia skorzysta z usługi innego, dowolnie wybranego świadczeniodawcy, a jeżeli koszt wykonania usługi przez podmiot trzeci przewyższy cenę usługi określoną w niniejszej umowie, różnica ta zostanie pokryta przez Przyjmującego zamówienie.

§10

1. Udzielający zamówienia jest uprawniony do żądania kar umownych za nieprzestrzeganie, lub niewykonywanie, postanowień umowy oraz naruszenie praw pacjenta w wysokości:
2 000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych) za każdy stwierdzony przypadek:
 - nienależytej realizacji umowy, tj. w szczególności wykazanie w fakturach/rachunkach i sprawozdania większej liczby świadczeń niż faktycznie udzielono lub realizację świadczeń niezgodnie z określonymi wymogami,
 - nieterminowej realizacji lub braku realizacji zleceń i wniosków pokontrolnych,
 - obniżenia jakości świadczeń zdrowotnych polegających na braku wymaganych kwalifikacji osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
 - przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych bez podania przyczyny i uzyskania zgody Udzielającego Zamówienia,
 - utrudniania przeprowadzenia kontroli osobom działającym w imieniu Udzielającego Zamówienia w tym NFZ,
 - odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy na warunkach w niej określonych,
2. Stosowanie kar umownych jest niezależne od postanowień umowy w zakresie jej rozwiązania z zachowaniem okresu wypowiedzenia.
3. Jeżeli wysokość zastosowanych kar umownych nie pokrywa poniesionej szkody, Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego.

§11

Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do bezzwłocznego zgłoszenia reklamacji w przypadku stwierdzenia wad jakościowych opisu. W przypadku stwierdzenia przez Udzielającego Zamówienia, iż usługa nie odpowiada jej wymaganej jakości, poinformuje on Przyjmującego Zamówienie o stwierdzonych wadach. W przypadku potwierdzenia zasadności reklamacji nastąpi bezzwłocznie uzupełnienie opisu tak aby był on wolny od wad, nie dłużej niż w ciągu 60 min. dla opisów badań skierowanych w trybie „cito” oraz 120 min. dla pozostałych opisów badań.

§12

Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia 01.03.2024 do 28.02.2027r.

§13

1. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron za 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do wypowiedzenia umowy za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia w szczególności w przypadkach:
 - rozwiązania umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne w zakresie objętym przedmiotem niniejszej umowy;
 - zmniejszenia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec Udzielającego Zamówienia na kolejny okres rozliczeniowy w zakresie objętym niniejszą umową .
3. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze Stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem Stron.

§14

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszystkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
3. Spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizacji umowy, będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla Udzielającego Zamówienia.

§15

1. Strony oświadczają, że mają prawo do zawarcia umowy o niniejszej treści, i że postanowienia umowy nie naruszają praw osób trzecich.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.
3. Integralną część umowy stanowi SWKO wraz z ofertą oraz załączniki do umowy.
4. Zmiana załączników do umowy stanowi zmianę umowy i wymaga formy pisemnej.
5. Umowę niniejszą sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

.....
UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

.....
PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

Załączniki do umowy :

Nr 1 Polisa OC Przyjmującego Zamówienie

Nr 2 Formularz cenowy zał nr 2 do SWK

Nr 3 Skierowanie na badanie

Nr 4 Wynik badania

Nr 5 Wykaz wykonanych opisów badań

SP ZOZ Radzyń Podlaski

Dane zlecającego

Radzyń Podlaski, dn.....

SPZOZ w Radzynie Podlaskim
21-300 Radzyń Podlaski
Ul. Wisznicka 111
REGON: 000308407-00028

SKIEROWANIE na badanie obrazowe (RTG,TK,MRI)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Ubezpieczenie: 03- Lubelski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie

Badanie

(RTG,TK,MRI) wskazać rodzaj badania i okolicę anatomiczną

nr badania

Cel badania, wywiad i wyniki badań klinicznych (RTG,USG,KT,Scynt, ENDO, OP, Kist.- Cytolog., Labor.), główne dolegliwości, przebyte choroby, zabiegi operacyjne jamy brzusznej. Załączyć Wyniki badań radiologicznych.

Kategoria medyczna określona przez lekarza kierującego

Przypadek Pilny/Planowy

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących informacji na temat badania i jego skutków.

.....
Podpis lekarza kierującego

Wyrażam zgodę na wykonanie Tomografii Komputerowej. Stwierdzam, że zostałem (-em) poinformowany o charakterze, celu badania diagnostycznego o przewidywanych następstwach i ryzyku, oraz zrozumiałam (-am) przekazane informacje.
Oświadczam, że wyrażam zgodę na wpisanie w/w danych na listę oczekujących oraz uzyskałem (-am) informację, że data udzielania świadczenia zostanie mi przekazana w terminie późniejszym (dotyczy pacjentów ambulatoryjnych),

.....
Podpis pacjenta/opiekuna

Uwagi pracowni Zakładu Diagnostyki Obrazowej

Data wykonania badania:

.....
Podpis osoby wykonującej badania

Rodzaj i dawka kontrastu

Opis objawów niepożądanych:

Zastosowane leki:

.....
Podpis pielęgniarki

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
Pieczętka zakładu

Przed podpisaniem zgody na wykonywanie badania prosimy o zgłoszenie informacji dotyczących nadwrażliwości na leki i współistnienia wymienionych poniżej chorób przez zaznaczenie odpowiedzi TAK/NIE
Wykonanie badania diagnostycznego TK, MRI wymaga donaczyniowego podania środka kontrastowego. Mimo, iż jest to zabieg bezpieczny, mogą wystąpić powikłania takie jak: duszność, świąd skóry, wysypka, wstrząs anafilaktyczny, zapaść, opisane powikłania mogą wystąpić niezależnie od wszystkich podjętych środków ostrożności dlatego też w czasie badania i pobytu w zakładzie Radiologii jest Pan/i pod fachową opieką lekarzy radiologów (i w razie potrzeby anestezjologów). Gabinety rentgenowskie przystosowane są do natychmiastowego udzielania niezbędnej pomocy.
Prosimy o rzetelne wypełnienie formularza. Informacje zawarte w wywiadzie pozwolą na ewentualne odstępianie od podania kontrastu w sytuacji, gdy będzie podejrzenie o możliwość wystąpienia powikłań.

RR
Wiek
Waga

Czy jest Pan/i na czczo?

TAK NIE

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i podawane środki kontrastowe?

TAK NIE

Jeśli tak to czy wystąpiły reakcje uboczne?

TAK NIE

Czy wystąpiły u Pana/i reakcje uczuleniowe na leki?

TAK NIE

Jeśli tak to na jakie?

.....

Czy występują u Pana/Pani choroby nerek, tarczycy, astmy, cukrzycy, padaczki?

TAK NIE

Pytanie dotyczy kobiet

Czy jest Pani w ciąży?

TAK NIE

Prosimy o podpisanie oświadczenia!

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości wystąpienia powikłań po podaniu środków cieniujących stosownych do badań TK.

ŚWIADOMIE ZGADZAM SIĘ/ NIE ZGADZAM SIĘ na dożylne podanie kontrastu.*

.....
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna

*niepotrzebne skreślić

SP ZOZ Radzyń Podlaski

Zleceniodawca:

Pracownia.....
SPZOZ w Radzynie Podlaskim
Dział Diagnostyki
ul. Wisznicka 111, 21-300 Radzyń Podlaski
tel.: 83 413 23 40

Podmiot przyjmujący zlecenie wykonania opisu:

.....

Nazwa i adres, I część kodu resortowego z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych

WYNIKI BADANIA

Dane Pacjenta:

Nr badania oraz data i godzina wykonania:

Imię:

Rodzaj badania:

PESEL

Data i godzina, wystawienie zlecenia na usługę teleradiologii:.....

Data urodzenia

Adres

Użyta metoda obrazowania, zastosowanych parametrów fizycznych oraz ilości i rodzaju zastosowanego środka kontrastującego oraz drogi jego podania:

.....
.....

Zakres obrazowych struktur anatomicznych

OPIS BADANIA

(omówienie obrazu radiologicznego obejmujące stwierdzone nieprawidłowości, ich rozmiar i umiejscowienie oraz wskazanie elementów lub procesów utrudniających interpretację obrazu radiologicznego; w przypadku odmowy wykonania opisu radiologicznego informację, że obraz nie jest wystarczający do oceny

.....
.....

ZLECENIA DOTYCZĄCE DALSZEGO POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO- TERAPEUTYCZNEGO:

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

.....
data, godzina wykonania opisu

.....
Podpis lekarza opisującego/ konsultującego


DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Radzynie Podlaskim
mgr inż. Robert Lis

SP ZOZ Radzyń Podlaski

WYKAZ WYKONYWANYCH OPISÓW BADAŃ

MIESIĄC...../202.....r.

Lp.	data wykonania opisu	Nr	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Typ	Rodzaj	Tryb	Lekarz kierujący	Lekarz opisujący	Ilość	uwagi

WYKAZ WYKONYWANYCH OPISÓW BADAŃ

MIESIĄC...../202.....r.

Lp.	data wykonania opisu	Nr	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Typ	Rodzaj	Tryb	Lekarz kierujący	Lekarz opisujący	Ilość	uwagi

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Radzynie Podlaskim
mgr inż. Robert Lis