

ZATWIERDZAM

.....

PLAN

ORGANIZACJI I FUNKCJONOWANIA ZESPOŁÓW
ZASTĘPCZYCH MIEJSC SZPITALNYCH
NA TERENIE.....

UZGODNIONO
(kierownik podmiotu leczniczego)

.....

.....
Wykonał

WZORY DOKUMENTÓW**KSIĘGA GŁÓWNA ZMARŁYCH I CHORYCH W ZESPOLE ZASTĘPCZYCH MIEJSC SZPITALNYCH**

Lp.	Data przyjęcia	Imię i nazwisko, imię ojca, rok urodzenia, miejsce zamieszkania	Numer karty ewakuacyjnej	Rozpoznanie	Rodzaj udzielonej pomocy medycznej	Inne informacje dotyczące poszkodowanego
1	2	3	4	5	6	7

ALFABETYCZNY SKOROWIDZ DO KSIĘGI GŁÓWNEJ RANNYCH I CHORYCH

Lp.	Nazwisko i imię	Numer pozycji w księdze głównej
1	2	3

KSIĘGA ZMARŁYCH

Lp.	Nazwisko i imię imiona rodziców	Data i miejsce urodzenia	Data i przyczyna zgonu	Miejsce pochowania zwłok, lokalizacja cmentarza	Nazwisko i imię oraz adres najbliższego członka rodziny
1	2	3	4	5	6

PLAN ZABEZPIECZENIA POTRZEB SIŁ I ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH MIEJSC SZPITALNYCH

Lp.	Wyszczególnienie	Nazwa zakładu /osób/ świadczących na rzecz ZMSz	Ilość /liczba/	Pisemne zapotrzebowanie na świadczenia	Osoby odpowiedzialne z ramienia Zespołu ZMSz za przyjęcie sprzętu
1	2	3	4	5	6

PLAN OBSADY OSOBOWEJ ZASTĘPCZYCH MIEJSC SZPITALNYCH

Lp.	Nazwa obiektu i adres	Liczba miejsc	Obsada kadrowa stanowiska	Nazwisko i imię	Adres zamieszkania	Zabezpieczenie medyczne w sprzęt sanitarny i leki
1	2	3	4	5	6	7

PLAN ZABEZPIECZENIA SIŁ I ŚRODKÓW dla ZMSz

Lp.	Rodzaj usługi	Nazwa zakładu świadczącego usługę	Ilość sprzętu	Nazwa i nr dokumentu umożliwiającego pozyskanie	Osoba przyjmująca sprzęt (odpowiedzialna)
1	2	3	4	5	6
1.	Wyżywienie całodobowe	Firma Cateringowa	100 porcji	Umowa nr Decyzja nr	Kierownik ZMSz (Zastępca)

ARKUSZ UZGODNIENÍ

Lp.	Zakres uzgodnień	Nazwa podmiotu uzgadniającego	Podpis	Data
1	2	3	4	5

TABELA ZMIAN AKTUALIZACYJNYCH

Lp.	Zakres zmian	Podstawa dokonania zmian	Osoba aktualizująca		Data
			Imię i nazwisko	Podpis	
1	2	3	4	5	6