Załącznik nr 5 do Załącznika nr 2a

**HARMONOGRAM DODATKOWY – ZASOBY\*  
leczenie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr …… do umowy nr …. / ….** | | |  |  |  |  |  |  |
| **rodzaj świadczeń: …………………………..……………........** | | | |  |  |  |  |  |
| I.**Wykaz lekarzy specjalistów uczestniczących w ustaleniu planu leczenia** 1) | | | | | | | | |
| Unikalny wyróżnik osoby **(a)** | Nazwisko **(b)** | Imiona **(c)** | Grupa zawodowa **(d)** | Zawód – specjalność/ Nazwa specjalizacji **(e)** | Stopień specjalizacji **(f)** | Nr prawa wykonywania zawodu **(g)** | Nr Pesel **(h)** | Dostępność godzinowa tygodniowo **(i)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II.**Wykaz pozostałych członków uczestniczących w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne** 2) | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| III. **Koordynator leczenia onkologicznego** 3) | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fundusz\*\*** | |  |  |  |  |  | **Świadczeniodawca\*\*\*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………………………………………………………… | | |  |  |  | ……………………………………………………………… | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.) | | | | | | | | |
| 1) konsylium, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a ww. rozporządzenia | | | | |  |  |  |  |
| 2) zespół, o którym mowa w § 4 a ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia | | | |  |  |  |  |  |
| 3) koordynator, o którym mowa w art. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208 z późn. zm.) | | | | | | | | |
| \*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem | | | | |  |  |  |  |
| \*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy – zawierające nazwę, adres, NIP i REGON – wraz z podpisem | | | | | | | | |