

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

Załącznik nr ..... do umowy nr .... / ....

rodzaj świadczeń: .....

<b>I. Wykaz lekarzy specjalistów uczestniczących w ustaleniu planu leczenia<sup>1)</sup></b>								
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	Grupa zawodowa (d)	Zawód – specjalność/ Nazwa specjalizacji (e)	Stopień specjalizacji (f)	Nr prawa wykonywan ia zawodu (g)	Nr Pesel (h)	Dostępność godzinowa tygodniowo (i)
<b>II. Wykaz pozostałych członków uczestniczących w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne<sup>2)</sup></b>								
<b>III. Koordynator leczenia onkologicznego<sup>3)</sup></b>								

Fundusz\*\*

Świadczeniodawca\*\*\*

\* na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.)

<sup>1)</sup> konsylium, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1a rozporządzenia,<sup>2)</sup> zespół, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 3 rozporządzenia,<sup>3)</sup> koordynator leczenia onkologicznego, o którym mowa w art. 32a ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 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

**HARMONOGRAM DODATKOWY – ZASOBY \*****leczenie w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych (KON-Pierś)**

Załącznik nr ..... do umowy nr .... / ....

rodzaj świadczeń: .....

<b>I. Wykaz członków wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego*</b>								
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	Grupa zawodowa (d)	Zawód – specjalność/ Nazwa specjalizacji (e)	Stopień specjalizacji (f)	Nr prawa wykonywan ia zawodu (g)	Nr Pesel (h)	Dostępność godzinowa tygodniowo (i)
<b>II. Koordynator merytoryczny*</b>								
<b>III. Koordynator organizacyjny*</b>								

**Fundusz\*\*****Świadczeniodawca \*\*\***

\* na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.)

1) wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1c rozporządzenia,

2) koordynator merytoryczny, o którym mowa w załączniku nr 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.), pkt. 7 i 8 w części: organizacja udzielania świadczeń,

3) koordynator organizacyjny, o którym mowa w zał. 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.), pkt. 9 i 10 w części: organizacja udzielania świadczeń

\*\* 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