WZÓR

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU:

1. Numer wniosku
□□ - □□□□□□□□□□

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA:

2. Zakres świadczeń, w którym sprawozdawane lub rozliczane jest świadczenie	3. Cena za punkt.
□□ . □□□□ . □□□ . □□	□□□□□□□ , □□

4. Data od (*RRRR-MM-DD*)	5. Data do (RRRR-MM-DD)	6. Osobodni:
□□□□ - □□ - □□	□□□□ - □□ - □□	□□□□

C. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH:

C1.

7. Zakres świadczeń, w którym realizowano świadczenie	8. Cena za punkt
□□ . □□□□ . □□□ . □□	□□□□□□□ , □□

9. Data od (*RRRR-MM-DD*)	10. Data do (RRRR-MM-DD)	11. Osobodni:
□□□□ - □□ - □□	□□□□ - □□ - □□	□□□□

C1.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA (inne niż rozliczane wg skali TISS)

lp.	Kod produktu	Nazwa świadczenia	Liczba	Całkowita wartość w PLN
1	□ . □□□ . □□□□□□□		□□□□	□□□□□□□□□ , □□
2	□ . □□□ . □□□□□□□		□□□□	□□□□□□□□□ , □□
…	□ . □□□ . □□□□□□□		□□□□	□□□□□□□□□ , □□
12. Suma:				□□□□□□□□□ , □□

C2.

7a. Zakres świadczeń, w którym realizowano świadczenie	8a. Cena za punkt
□□ . □□□□ . □□□ . □□	□□□□□□□ , □□

9a. Data od (*RRRR-MM-DD*)	10a. Data do (RRRR-MM-DD)	11a. Osobodni:
□□□□ - □□ - □□	□□□□ - □□ - □□	□□□□

C2.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA (inne niż rozliczane wg skali TISS)

lp.	Kod produktu	Nazwa świadczenia	Liczba	Całkowita wartość w PLN
1	□ . □□□ . □□□□□□□		□□□□	□□□□□□□□□ , □□
2	□ . □□□ . □□□□□□□		□□□□	□□□□□□□□□ , □□
…	□ . □□□ . □□□□□□□		□□□□	□□□□□□□□□ , □□
12a. Suma:				□□□□□□□□□ , □□

Jeśli wskazywanym zakresem jest: 03.4260.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA, 03.4260.050.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY - HOSPITALIZACJA, 03.4261.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI - HOSPITALIZACJA, 03.4261.050.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI II POZIOM REFERENCYJNY - HOSPITALIZACJA należy wypełnić sekcję C2.2 (z wyjątkiem świadczeń finansowanych z innych źródeł).

C2.2 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA ROZLICZANYCH WEDŁUG SKALI TISS-28 LUB TISS-28 DLA DZIECI

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii		
dzień pobytu	**Kod produktu jednostkowego określający liczbę pkt w skali TISS-28 / TISS-28 dla dzieci**	**Wartość w PLN**
1	□ . □□□ . □□□□□□□	□□□□□□□□□ , □□
2	□ . □□□ . □□□□□□□	□□□□□□□□□ , □□
…	□ . □□□ . □□□□□□□	□□□□□□□□□ , □□
13a. Suma :		□□□□□□□□□ , □□

C3.

7b. Zakres świadczeń, w którym realizowano świadczenie	8b. Cena za punkt.
☐☐ . ☐☐☐☐ . ☐☐☐ . ☐☐	☐☐☐☐☐☐☐ , ☐☐

9b. Data od (*RRRR-MM-DD*)	10b. Data do (RRRR-MM-DD)	11b. Osobodni:
☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐	☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐	☐☐☐☐

D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZEŃ (innych niż świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania wykazane w sekcji C)

D1. badania laboratoryjne

lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1			,	,
2			,	,
…			,	,
			14. Suma:	,

D2. badania histopatologiczne

lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1			,	,
2			,	,
…			,	,
			15. Suma:	,

D3. diagnostyka nie laboratoryjna

lp.	Nazwa	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1			,	,
2			,	,
…			,	,
			16. Suma:	

D4. środki farmaceutyczne

lp.	Nazwa i typ jednostki miary (ampułka, dawka, pojemność)	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1			,	,
2			,	,
…			,	,
			17. Suma:	,

D5. materiały medyczne

lp.	Nazwa i typ jednostki	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1			,	,
2			,	,
…			,	,
			18. Suma:	,

D6. koszty osobowe personelu medycznego

lp.	Nazwa	wartość w PLN
1	dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia	,
2	związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym	,
	19. Suma:	,

D7. koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)

lp.	Nazwa świadczenia	liczba	cena jednostkowa	wartość w PLN
1			,	,
2			,	,
…			,	,
			20. Suma:	,

D8. Koszty transportu sanitarnego (nie finansowanego odrębnie)

lp.	Nazwa	wartość w PLN
1		,
2		,
…		,
	21. Suma:	,

22. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (innych niż świadczenia z katalogu do sumowania tj. poz. 14+15+16+17+18+19+20+21)	,

E. KOSZTY MEDYCZNE HOSPITALIZACJI (poz. 12 + 12a + 12b+… + poz. 13 + 13a + 13b + … + poz. 22)

23. Wartość w zł

								,		

F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz.22).

24. Wartość w zł

								,		

G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz.23 + poz.24)

25. Wartość w zł

								,		

H. POTWIERDZENIE FORMALNE SPECYFIKACJI KOSZTÓW

26. Data (*RRRR-MM-DD*)

				-			-		

27. Świadczeniodawca*

_____

* kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany, podpis osobisty albo pieczęć wraz z podpisem