Załącznik Nr 5 do umowy nr .../DPK/ŚZ-2/503.76/2026

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PRZEPROWADZENIA KWALIFIKACJI DO WŁĄCZENIA PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMACH LEKOWYCH WZW TYPU B i WZW TYPU C DLA WSzS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc ..... rok .....…

| **DATA** | **INICJAŁY PACJENTA** | **7 PIERWSZYCH CYFR PESELU** | **kwalifikacja do włączenia pacjenta do leczenia w programach lekowych** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WZW TYPU B | LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WZW TYPU C | |
| | | | **ZE WSPÓŁCZYNNIKIEM „1,00”*** | **ZE WSPÓŁCZYNNIKIEM „1,00”*** | **ZE WSPÓŁCZYNNIKIEM „1,68”*** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* potwierdzić znakiem X

W SUMIE:
przeprowadzenie kwalifikacji do włączenia pacjenta do leczenia w programie lekowym:

– leczenie chorych na przewlekłe WZW typu B ze współczynnikiem **„1,00”** -……..….. sztuk

– leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe WZW typu C ze współczynnikiem **„1,00”** -……..….. sztuk

– leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe WZW typu C ze współczynnikiem **„1,68”** -……..….. sztuk

……..
podpis Przyjmującego Zamówienie

ZATWIERDZAM WYKONANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

…….
(pieczęć i podpis Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych lub pełniącego jego zastępstwo)