Wniosek o włączenie do pilotażu Sieci Kardiologicznej **LS I**

(Ośrodek współpracujący poziomu I udzielający świadczeń w oddziale o profilu kardiologicznym, chorób wewnętrznych w trybie hospitalizacji)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa pomiotu | | | | |
|  | | | | |
| Oddział: kardiologiczny/chorób wewnętrznych\* | | | | |
| Adres podmiotu | | | | |
| Ulica | | | Numer | |
|  | | |  | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | | | |
|  |  | | | |
| REGON | | NIP | | NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ |
|  | |  | |  |
| Dane kontaktowe do Koordynatora Technicznego\*\* | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | |
|  | | | | |
| Telefon | | e-mail | | |
|  | |  | | |
| Dane kontaktowe do Koordynatora Leczenia\*\*\* | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | |
|  | | | | |
| Telefon | | e-mail | | |
|  | |  | | |
| Rozpoznanie | | | Ilość przyjętych pacjentów w roku 2022 | |
| nadciśnienie tętnicze oporne i wtórne [NT] | | |  | |
| niewydolność serca [NS] | | |  | |
| nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu i przewodzenia [ZR] | | |  | |
| wady zastawkowe serca [WS] | | |  | |
| Posiada w strukturze radiologię zabiegową | | | □ TAK □ NIE | | |
| W przypadku odpowiedzi tak, proszę podać rodzaje wykonywanych zabiegów w ramach w/w rozpoznań: | | | | | |

\*Niewłaściwe skreślić

\*\***Koordynator Techniczny** - osoba wyznaczona przez ośrodek, upoważniona do kontaktu w sprawach technicznych, nadaje dostępy oraz uprawnienia w systemie informatycznym do obsługi sieci kardiologicznej

\*\*\***Koordynator Leczenia** – osoba wyznaczona przez ośrodek, która pozostaje w stałym kontakcie ze Świadczeniobiorcą kierowanym do leczenia w ramach Pilotażu, zapewnia Świadczeniobiorcy możliwość zapisu, współpracuje z koordynatorem leczenia ośrodka regionalnego, odpowiada za przygotowanie i weryfikację sprawozdań