



ENEA Centrum Sp. z o.o.  
ul. Górecka 1  
60-201 Poznań,

NIP 777 00 02 843  
REGON 630770227  
www.enea.pl

Poznań, 19.08.2020 r.

## Zmiana treści Warunków Zamówienia

**Sygnatura postępowania: 1400/DW00/ZZ/KZ/2020/0000063015**

**Sygnatura pisma: DL/LZ/AC/2020/1139**

Działając na podstawie rozdz. I pkt 1.12 Warunków Zamówienia z dnia 17.08.2020 r. (zwanych dalej również „WZ”), Zamawiający dokonuje zmiany treści WZ w zakresie dodania do Załącznika nr 9 do WZ – Projektu Umowy, następujących Załączników:

- Załącznik nr 1: Wykaz Pacjentów
  - a) uprawnionych do świadczeń z zakresu medycyny pracy.
  - b) uprawnionych do korzystania z dodatkowych świadczeń medycznych.
- Załącznik nr 2: Zakres Świadczeń.
- Załącznik nr 3: Oświadczenie o Objęciu Ochroną Abonamentową.
- Załącznik nr 5: Skierowanie na badanie profilaktyczne.
- Załącznik nr 7: Wzór wykazu osób, u których wykonano badania wstępne rozliczane poza opłatą ryczałtową.
- Załącznik nr 8: Wzór Karty Badania dla celów leczenia profilaktycznego.

Powyższe informacje należy traktować jako integralną część WZ.

Z poważaniem

**ENEA Centrum Sp. z o.o.**  
Dyrektor Departamentu Wsparcia HR

*Anna Kowalik*  
Anna Kowalik

Otrzymują:  
Strona internetowa, a/a



zestawienie nr 1a

|                |  |
|----------------|--|
| nr umowy       |  |
| REGON          |  |
| Nazwa płatnika |  |
| Rok            |  |
| Miesiąc        |  |

|      |          |       |             |       |         |           |              |      |                |
|------|----------|-------|-------------|-------|---------|-----------|--------------|------|----------------|
| Imię | Nazwisko | Pesel | Miejscowość | Ulica | Nr domu | Nr lokalu | Kod pocztowy | Płeć | Data Urodzenia |
|      |          |       |             |       |         |           |              |      |                |

kiel



|                |  |
|----------------|--|
| nr umowy       |  |
| REGION         |  |
| Nazwa placówki |  |
| Rok            |  |
| Miesiąc        |  |

[illegible]



#### Zakres świadczeń:

Świadczenie usług odbywać się będzie w następujących lokalizacjach:

Barlinek, Białystok, Bydgoszcz, Chodzież, Chojnice, Choszczno, Czarnków, Dębno, Gniezno, Goleniów, Gorzów Wlkp., Grodzisk Wlkp., Gryfice, Inowrocław, Jastrowie, Kamień Pomorski, Kościan, Kozenice, Kraków, Krosno Odrzańskie, Leszno, Maszewo, Międzychód, Międzyzdroje, Mogilno, Nakło nad Notecią, Nowa Sól, Opalenica, Piła, Płoty, Poznań, Rawicz, Ryn, Samociążek, Stargard, Sulęcín, Szamotuły, Szczecin, Świebodzin, Świecie, Świerże Górne, Świnoujście, Wałcz, Warszawa, Wolsztyn, Września, Zawada, Zielona Góra, Żary.

Placówki opieki zdrowotnej, w których będą świadczone usługi będą dostępne dla osób uprawnionych przez pięć dni w tygodniu, nie krócej niż 7 godzin, w przedziale godzin od 8:00 do 15:00 w dni robocze od poniedziałku do piątku.

Dopuszczalny dojazd pracownika do najbliższej placówki świadczącej usługi z zakresu medycyny pracy w odległości do 30 km od miejsca pracy.

Czas realizacji badań nie może przekroczyć 2 dni roboczych – w przypadku medycyny pracy oraz 5 dni roboczych w przypadku konsultacji specjalistycznych.

Liczba osób objętych przedmiotem zamówienia (stan zatrudnienia na dzień 1.03.2020): 8274 osób

#### **Pakiet podstawowy z medycyną pracy**

Pakiet będzie finansowany przez Zamawiającego zgodnie z poniższymi warunkami:

- Z tytułu świadczenia usługi z zakresu medycyny pracy Wykonawca będzie otrzymywał wynagrodzenie miesięczne wynikające z zaoferowanej ceny za pracownika wskazanej w formularzu oferty wyliczonej z pomnożenia przez liczbę pracowników/ kandydatów na pracowników Zamawiającego.
- Z tytułu świadczenia usługi z zakresu pakietu podstawowego Wykonawca będzie otrzymywał wynagrodzenie miesięczne wynikające z zaoferowanej ceny za pracownika wskazanej w formularzu oferty wyliczonej z pomnożenia przez liczbę pracowników Zamawiającego, którzy wyrazili chęć korzystania z tych usług na podstawie Oświadczenia o Objęciu Ochroną Abonamentową stanowiącego załącznik nr 3 do Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu medycznego.

#### **Medycyna Pracy**

Z usług medycyny pracy korzystać będą pracownicy Zamawiającego (poprzez określenie „pracownik Zamawiającego” Zamawiający rozumie osoby zatrudnione na umowę o pracę) i kandydaci na pracowników, którzy zostaną wyznaczeni przez Zamawiającego na podstawie skierowania do wykonania badań.

Usługi medyczne w zakresie badań z zakresu medycyny pracy obejmują:

- wszystkie badania i konsultacje lekarskie, w tym specjalistyczne oraz morfologia krwi i badanie ogólne moczu, wymagane stosownymi przepisami prawa dla danego stanowiska pracy, a w szczególności ustawą
- Kodeks pracy, ustawą o Służbie Medycyny Pracy, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy
- wizytacje stanowisk pracy
- udział w pracach Komisji Zakładowej BHP
- wystawienia kart badań do celów leczenia uzdrowiskowego.

Wymagany maksymalny czas oczekiwania na wykonanie usługi wynosi 2 dni robocze w sytuacji gdy do wykonania są podstawowe badania medycyny pracy (w zakresie lekarza orzecznika i lekarza okulisty MP). W przypadku konieczności wykonania badań specjalistycznych czas wykonania zwiększa się do 5 dni roboczych.

Zamawiający przekaże niezwłocznie po podpisaniu umowy w sprawie zamówienia wykaz osób uprawnionych do korzystania z usług medycznych.

Zakres usług w pakiecie podstawowym:

**Konsultacje lekarzy specjalistów:**

Konsultacja chirurga  
Konsultacja dermatologa  
Konsultacja ginekologa  
Konsultacja kardiologa  
Konsultacja neurologa  
Konsultacja okulisty  
Konsultacja ortopedy  
Konsultacja otolaryngologa  
Konsultacja urologa  
Konsultacja alergologa  
Konsultacja diabetologa  
Konsultacja endokrynologa  
Konsultacja gastrologa  
Konsultacja nefrologa  
Konsultacja pulmonologa  
Konsultacja reumatologa

**Konsultacje pielęgniarские:**

Konsultacja pielęgniarki zabiegowej  
Konsultacja położnej

**Zabiegi pielęgniarские:**

Badanie moczu - test paskowy  
Cholesterol we krwi włosniczkowej - oznaczenie testem paskowym  
Glukoza we krwi włosniczkowej oznaczona glukometrem  
Lewatywa  
Pobranie krwi  
Pomiar ciśnienia tętniczego

**Iniekcje:**

Iniekcja domięśniowa / podskórna  
Iniekcja dożylna  
Kroplówka  
Założenie wenflonu

**Zabiegi chirurgiczne:**

Płukanie rany/ropnia  
Kolejne płukanie rany/ropnia  
Nacięcie i drenaż krwiaka skóry i tkanek podskórnych  
Nacięcie i drenaż ropnia skóry i tkanek podskórnych/zanokcicy  
Nacięcie i drenaż zakażeń ran skóry i tkanek podskórnych

Nacięcie i usunięcie ciała obcego skóry i tkanek podskórnych  
Nacięcie ropnia (kończyny)  
Usunięcie ciała obcego  
Usunięcie paznokcia  
Usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite  
Wstępne lub kolejne leczenie, oparzenie pierwszego stopnia, leczenie miejscowe (opatrunek)  
Wyłżeczowanie/zniszczenie zmiany skórnej  
Założenie/zmiana opatrunku  
Zdjęcie szwów  
Zeszyte rany do 3 cm\*  
\* bez działań rekonstrukcyjnych i/lub plastycznych

**Zabiegi laryngologiczne:**

Drobne zabiegi/wymiana sączka/opatrunku  
Nacięcie ropnia przewodu słuchowego  
Opatrunek uszny  
Płukanie uszu  
Tamponada nosa przednia  
Tamponada nosa przednia, obustronna  
Usunięcie ciała obcego z zakresu ORL  
Usunięcie tamponady nosa  
Usunięcie woskowiny

**Zabiegi okulistyczne:**

Badanie dna oka  
Badanie ostrości wzroku – komputer  
Badanie wady wzroku - skiaskopia  
Badanie widzenia barw  
Pomiar ciśnienia śródgałkowego

**Zabiegi ortopedyczne:**

Aspiracja/wstrzyknięcie do torbieli, w tkanki miękkie  
Blokada okołostawowa  
Nastawienie złamania bez stabilizacji wewnętrznej  
Zdjęcie opatrunku usztywniającego

**Zabiegi urologiczne:**

Cewnikowanie pęcherza moczowego

Wymiana/usunięcie cewnika

**Procedur zabiegowe:**

Pobranie cytologii

Pobranie wymazu na posiew

Pobranie wymazu z kanału szyjki macicy

Pobranie wymazu z pochwy

**Badania cytologiczne i histopatologiczne:**

Badanie cytologiczne

Badanie histopatologiczne dodatkowych skrawków seryjnych powyżej 2

Badanie histopatologiczne materiału diagnostycznego - małego

Badanie histopatologiczne wycinków skóry

Cytologia szyjki macicy

**Badania moczu:**

Mocz - badanie ogólne

Mocz - białko

Mocz - ciężar właściwy

Mocz - glukoza

Mocz - mikroalbuminuria

Mocz dobowy - białko

Mocz dobowy - glukoza

Mocz dobowy-mikroalbuminuria

**Badania stolca:**

Badanie w kierunku owsików

Kał - badanie ogólne

Kał - krew utajona

Kał - Lamblie met. ELISA

Kał - Pasożyty (1 badanie)

**Biochemia:**

Albumina - surowica

Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)

Aminotransferaza asparaginianowa - AST (GOT)

Amylaza - mocz

Amylaza - surowica

Amylaza trzustkowa - mocz

Amylaza trzustkowa - surowica

Białko całkowite - surowica

Białko ostrej fazy - CRP - ilościowo

Bilirubina całkowita - surowica

Bilirubina całkowita i frakcje - surowica

Chlorki - mocz dobowy

Chlorki - surowica Chlorki w pocie

Cholesterol całkowity

Cholesterol HDL

Cholesterol LDL metodą bezpośrednią

Dehydrogenaza mleczanowa - LDH  
Ferrytyna  
Fosfataza alkaliczna - ALP  
Fosfataza alkaliczna frakcja B ALP-B  
Fosfataza kwaśna - całkowita - AcP  
Fosfataza kwaśna sterczowa - AcPP  
Fosfor - mocz  
Fosfor - mocz dobowy  
Fosfor - surowica  
Fruktozamina - surowica  
Gammaglutamylotranspeptydaza - GGTP  
Glikemia przygodna  
Glukoza - wyciek z nosa/ucha  
Glukoza (oznaczenie przypadkowe)  
Glukoza 1h po posiłku  
Glukoza 2h po posiłku we krwi żyłnej  
Glukoza 30 min po posiłku  
Glukoza 90 minut po posiłku  
Glukoza na czczo we krwi żyłnej  
Glukoza po 50g glukozy - oznaczenie po 1h  
Glukoza po 50g glukozy - oznaczenie po 2h  
Glukoza po 75 gr po 4 godz.  
Glukoza po 75g glukozy - oznaczenie po 1h  
Glukoza po 75g glukozy - oznaczenie po 2h  
Glukoza po 75g glukozy - oznaczenie po 3h  
Glukoza przed posiłkiem we krwi żyłnej  
Hemoglobina glikowana hs CRP  
Kinaza kreatynowa - CK  
Kinaza kreatynowa frakcja sercowa - CKMB  
Kinaza kreatynowa frakcja sercowa - CKMB-MASS  
Kreatynina - mocz  
Kreatynina - mocz dobowy  
Kreatynina - surowica  
Krzywa wchłaniania glukozy  
Kwas mlekowy (osocze)  
Kwas moczowy - mocz  
Kwas moczowy - mocz dobowy  
Kwas moczowy – surowica  
Kwasy żółciowe (surowica)  
Lipaza - surowica  
Lipidogram  
Magnez - mocz  
Magnez - mocz dobowy  
Magnez - surowica  
Mioglobina  
Mocznik - mocz dobowy  
Mocznik - surowica  
Mocznik (mocz)  
Potas - mocz  
Potas - mocz dobowy

Potas - surowica  
Sód - mocz dobowy  
Sód - surowica  
Troponina I  
Troponina T  
Trójglicerydy TG  
Wapń - mocz  
Wapń - mocz dobowy  
Wapń całkowity - surowica  
Żelazo na czczo - surowica

**Diagnostyka kardiologiczna:**

EKG spoczynkowe  
Holter EKG 24 godz. Holter RR  
Próba wysiłkowa EKG

**Diagnostyka laboratoryjna infekcji:**

Adenowirus antygen -kał  
Awidność CMV IgG  
Clostridium difficile - toksyna A i B w kale  
HBs-antygen  
Helicobacter pylori - antygen w kale  
Mononukleoz (test przesiewowy)  
P.ciała anty - HIV z antygenem p.24-test COMBO  
P.ciała anty HIV1 / HIV2 metodą Western – Blott  
P.ciała przeciw - CMV IgG  
P.ciała przeciw - CMV IgM  
P.ciała przeciw - HAV IgM  
P.ciała przeciw - HBs całkowite  
P.ciała przeciw - HCV  
P.ciała przeciw - HIV 1 / HIV 2  
P.ciała przeciw Bordetella Pertussis IgA  
P.ciała przeciw Bordetella Pertussis IgG  
P.ciała przeciw Bordetella Pertussis IgM  
P.ciała przeciw Bordetella Pertussis met. OWD  
P.ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgA  
P.ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgG  
P.ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgM  
P.ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgA  
P.ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgG  
P.ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgM  
P.ciała przeciw EBV IgG  
P.ciała przeciw EBV IgM  
P.ciała przeciw Helicobacter pylori IgG ilościowo  
P.ciała przeciw Helicobacter pylori-jakościowo  
P.ciała przeciw Herpes simplex IgG - ilościowo  
P.ciała przeciw Herpes simplex IgG - jakościowo  
P.ciała przeciw Herpes simplex IgM - ilościowo  
P.ciała przeciw Herpes simplex IgM - jakościowo  
P.ciała przeciw Mycoplasma pneumoniae IgG

*Handwritten signature*

P.ciała przeciw Mycoplasma pneumoniae IgM  
P.ciała przeciw odrze IgG  
P.ciała przeciw odrze IgM  
P.ciała przeciw ospie wietrznej IgG  
P.ciała przeciw ospie wietrznej IgM  
P.ciała przeciw różyczce IgG  
P.ciała przeciw różyczce IgM  
P.ciała przeciw śwince IgG  
P.ciała przeciw śwince IgM  
P.ciała przeciw toxoplazmozie IgA  
P.ciała przeciw toxoplazmozie IgG  
P.ciała przeciw toxoplazmozie IgM  
Posiew w kierunku rzęsistka pochwowego  
Rotawirus antygen -kał  
Serologia kiły (VDRL)  
Toxo-awidność IgG  
Toxoplazmoza - panel (IgG, IgM)

**Hematologia:**

Eozynofilia bezwzględna - krew  
Leukogram  
Morfologia krwi+ weryfikacja ilości płytek(wersenian + heparyna)  
Morfologia krwi+weryfikacja ilości płytek (wersenian + cytrynian)  
Morfologia pełna - analizator - krew  
Morfologia pełna - analizator - krew włóścikowa  
Morfologia pełna - rozmaz mikroskopowy - krew  
Morfologia pełna - rozmaz mikroskopowy - krew włóścikowa  
Odczyn Biernackiego - OB - krew  
Płytki krwi we krwi kapilarnej  
Retikulocyty - krew  
Retikulocyty - krew włóścikowa  
Rozmaz mikroskopowy krwi obwodowej

**Posiewy bakteryjne:**

Posiew kału  
Posiew kału w kier. Campylobacter sp.  
Posiew kału w kier. Salmonella-Shigella  
Posiew kału w kierunku enteropatogennej E.coli  
Posiew kału w kierunku grzybów  
Posiew kału w kierunku Yersinia sp.  
Posiew moczu  
Posiew płynu stawowego w kierunku bakterii tlenowych  
Posiew ropy  
Posiew w kierunku bakterii beztlenowych  
Posiew wymazu - bakterie tlenowe  
Posiew wymazu z kanału szyjki macicy  
Posiew wymazu z gardła  
Posiew wymazu z kanału słuchowego  
Posiew wymazu z nosa  
Posiew wymazu z odbytu

*Miep*

Posiew wymazu z owrzodzenia / odleżyny - beztlasowe  
Posiew wymazu z pępka  
Posiew wymazu z pochwy  
Posiew wymazu z rany  
Posiew wymazu z worka spojówkowego  
Posiew wymazu ze zmian skórnych  
Stopień czystości pochwy

**Serologia grup krwi:**

Badanie przeglądowe alloprzeciwciał (anty-RH i inne)  
Grupa krwi i alloprzeciwciała odpornościowe (anty Rh i inne)  
Krew karta  
Oznaczenie antygenów na krwinkach  
Oznaczenie słabej formy antygenu D

**RTG:**

Opis rtg z innej placówki  
Rtg czaszki AP + bok i tylny dół Rtg czaszki PA/AP + boczne  
Rtg czaszki tylny dół  
Rtg czaszki zdjęcie boczne  
Rtg jamy brzusznej - przeglądowe w pozycji leżącej  
Rtg jamy brzusznej - przeglądowe w pozycji stojącej  
Rtg klatki piersiowej - bok  
Rtg klatki piersiowej PA  
Rtg klatki piersiowej PA+ boczne  
Rtg kości ramiennej AP + boczne  
Rtg kości ramiennej zdjęcie boczne  
Rtg kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowy AP+boczne  
Rtg kręgosłupa piersiowego AP + zdjęcie boczne  
Rtg kręgosłupa szyjnego AP + boczne  
Rtg łopatk (AP+ zdjęcia styczne)  
Rtg nadgarstka AP + boczne  
Rtg obu nadgarstków  
Rtg obu pięt  
Rtg obu rąk  
Rtg obu stawów kolanowych  
Rtg obu stóp  
Rtg oczodołów PA + boczne  
Rtg palca ręki  
Rtg palca stopy  
Rtg pięty  
Rtg podstawy czaszki  
Rtg ręki AP + boczne  
Rtg stawów barkowych  
Rtg stawów biodrowych AP  
Rtg stawów krzyżowo-biodrowych  
Rtg stawu barkowego AP  
Rtg stawu biodrowego AP  
Rtg stawu kolanowego AP  
Rtg stawu łokciowego AP

Rtg stawu skokowego AP  
Rtg stopy AP  
Rtg twarzoczaszki PA  
Rtg uda AP + boczne  
Rtg zatok  
Rtg żeber

**USG:**

USG gruczołu krokowego  
USG klatki piersiowej i śródpiersia  
USG przesiewowe jamy brzusznej  
USG przesiewowe tarczycy  
USG transwaginalne miednicy mniejszej  
USG układu moczowego  
USG węzłów chłonnych pachwinowych  
USG węzłów chłonnych szyjnych

**Diagnostyka neurologiczna:**

EEG Elektroencefalografia  
EEG Elektroencefalografia podczas snu

**Diagnostyka pulmonologiczna:**

Spirometria  
Spirometria z próbą rozkurczową

**Diagnostyka schorzeń oka:**

Badanie pola widzenia  
Badanie pola widzenia – MATRIX  
Badanie widzenia obuocznego i kąta zeza  
Krzywa dobowego ciśnienia wewnątrzgałkowego

**Prowadzenie ciąży:**

Kobiety w ciąży po okazaniu książeczki ciążowej mają prawo wykonywać niżej wymienione badania bez konieczności posiadania skierowania od lekarza w liczbie nie większej niż podane w limicie dla każdej z usług przez okres ciąży. Po wykorzystaniu limitu, wszystkie usługi dostępne są na podstawie skierowania lekarza placówki medycznej Wykonawcy

**Usługa**

|                                                                     |   |
|---------------------------------------------------------------------|---|
| Liczba usług przysługujących bez skierowania w czasie trwania ciąży |   |
| Badanie przeglądowe alloprzeciwciał (anty-RH i inne)                | 2 |
| Białko PAPP-A (wg FMF)                                              | 1 |
| Cytologia szyjki macicy                                             | 1 |
| Glukoza na czczo we krwi żyłnej                                     | 2 |
| Glukoza po 75g glukozy – oznaczenie po 1h                           | 1 |
| Glukoza po 75g glukozy – oznaczenie po 2h                           | 1 |
| Grupa krwi i alloprzeciwciała odpornościowe (anty Rh i inne)        | 1 |
| HBs-antygen                                                         | 1 |
| Hormon tyreotropowy – TSH                                           | 1 |
| Kardiotokografia (KTG)                                              | 3 |
| Morfologia pełna – analizator – krew                                | 5 |

*Min*

|                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------|---|
| Serologia kiły (VDRL)                                        | 2 |
| Stopień czystości pochwy                                     | 3 |
| Mocz – badanie ogólne                                        | 7 |
| P.ciała anty – HIV z antygenem p.24-test COMBO               | 2 |
| P.ciała przeciw - HCV                                        | 2 |
| P.ciała przeciw różyczce IgG                                 | 1 |
| Pobranie cytologii                                           | 1 |
| Posiew w kierunku GBS (paciorkowca B-hemolizującego grupy B) | 1 |
| Test niestresowy (KTG)                                       | 3 |
| Test podwójny PAPP-a wg FMF                                  | 1 |
| Toxoplazmoza – panel (IgG, IgM)                              | 2 |
| Usg ciąży                                                    |   |

#### **Badania lekarskie stomatologiczne:**

Badanie lekarskie stomatologiczne – kontrolne raz w ciągu roku Umowy.

Usunięcie kamienia nazębnego z zastosowaniem ultradźwięków (scaling) – raz w ciągu roku trwania Umowy.

Badanie żywotności zęba

Ekstrakcja zęba rozchwianego

Ekstrakcja zęba stałego

Wypełnienie tymczasowe

Znieczulenie miejscowe nasiękowe

Znieczulenie miejscowe powierzchowne

Znieczulenie przewodowe zewnątrzustne

#### **Szczepienie przeciwko grypie - raz w roku**

W ramach usługi – szczepienie przeciwko grypie: kwalifikację do szczepienia, wykonanie iniekcji oraz koszt szczepionki.

\_\_\_\_\_  
miejscowość i data\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko pacjenta\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania\_\_\_\_\_  
PESEL

(w przypadku cudzoziemców – data urodzenia)

\_\_\_\_\_  
telefon kontaktowy\_\_\_\_\_  
e-mail**ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ ABONAMENTOWĄ**

Wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych na podstawie Regulaminu Udzielania Świadczeń dodatkowych ..... na warunkach wskazanych w tym Regulaminie, w tym na uzyskanie dostępu do mojej dokumentacji medycznej przez .....

\_\_\_\_\_  
podpis Pacjenta

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ..... z siedzibą w....., ul. ...., (dalej: „.....”). W ..... powołany jest inspektor ochrony danych, do którego można kierować zapytania na adres e-mail: .....
2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez ..... w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:
  - 1) objęcia opieką zdrowotną w ramach abonamentu medycznego i zapewnienia możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu, a także w celach rezerwacji, potwierdzania i odwoływania konsultacji lekarskich lub badań diagnostycznych, informowania Pani/Pana o zarezerwowanych konsultacjach lekarskich lub badaniach diagnostycznych, o wynikach lub innych sprawach związanych z udzielanymi lub planowanymi świadczeniami zdrowotnymi – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r., s. 1) (dalej: „**RODO**”);
  - 2) weryfikacji Pani/Pana tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego oraz prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO i art. 24 ust. 1 i n. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz. U. z 2017 poz. 1318 i 1524);
  - 3) dokonywania rozliczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i dochodzeniem roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
  - 4) prowadzenia ksiąg rachunkowych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395).
3. Przetwarzanie danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 1 i 3 jest niezbędne dla realizacji przez PZU Zdrowie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu medycznego i dochodzenia związanych z nią roszczeń, a także dla realizacji interesów Pani/Pana pracodawcy/zleceniodawcy związanych z zapewnieniem Pani/Panu dostępu do abonamentu medycznego.
4. Pani/Pana dane osobowe są lub mogą być przekazywane innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane :
  - 1) w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 2 - przez okres wymagany przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez 20 lat, zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

*Pacjenta, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie (art. 29 ust. 1 pkt 1a, 2, 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)*

- 2) w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 1 i 3 – do upływu okresu przedawnienia roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej;*
- 3) w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 4 – przez okres wymagany przepisami ustawy o rachunkowości.*
- 6. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych do organu nadzorczego. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołujących wobec Pani/Pana skutki prawne.*
- 7. Podanie danych osobowych w przypadkach, o których mowa w pkt 2 ppkt 1 jest dobrowolne. W przypadkach, o których mowa w pkt 2 ppkt 2, obowiązek podania danych wynika ze wskazanych tam przepisów prawa. Niepodanie przez Panią/Pana danych będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych objętych umową abonamentu medycznego.*

\_\_\_\_\_  
miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
PESEL  
(w przypadku cudzoziemców – data urodzenia)

**ZGODA PACJENTA NA POBIERANIE SKŁADEK W ZWIĄZKU Z OBJĘCIEM OPIEKĄ  
ABONAMENTOWĄ**

Wyrażam zgodę na pobieranie z mojego wynagrodzenia za pracę należnych składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatku dochodowego od osób fizycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa od części profilaktycznej pakietu medycznego. Należne składki pobierane będą od kwoty .....(cena części profilaktycznej pakietu).

\_\_\_\_\_  
podpis Pracownika<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Brak zgody uniemożliwia realizację świadczeń zdrowotnych objętych umową abonamentową.



.....  
(oznaczenie pracodawcy)

Poznań..... r.  
(miejscowość, data)

## SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

Kierujemy na badanie:

€wstępne

€ okresowe

€ kontrolne, długotrwała choroba

Działając na podstawie art. 229 §4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974r - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014r poz. 1502 z późn. zm.), kieruje na badania lekarskie:

Pana / Panią\*

(imię i nazwisko)

nr PESEL\*\*

zamieszkałego / zamieszkałą\*

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Zatrudnionego / zatrudnioną lub podejmującego / podejmującą prace na stanowisku lub stanowiskach pracy:

określenie stanowiska / stanowisk pracy:\*\*\*

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku / stanowiskach - należy wpisać nazwę czynnika / czynników i wielkość wielkości narażenia\*\*\*\*:

### I. Czynniki fizyczne:

- € hałas
- € ultradźwięki
- € wibracja miejscowa
- € wibracja ogólna
- € promieniowanie jonizujące: kat. A
- € promieniowanie jonizujące: kat. B
- € promieniowanie i pole elektromagnetyczne
- € promieniowanie nadfioletowe
- € promieniowanie podczerwone
- € promieniowanie laserowe
- € obsługa monitora ekranowego
- € niedostateczne oświetlenie
- € nadmierne oświetlenie
- € mikroklimat gorący
- € mikroklimat zimny
- € zmienne warunki atmosferyczne
- € zwiększone lub obniżone ciśnienie atmosferyczne

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |

### II. Pyły:

- € wymienić jaki pyłek kwiatowy
- € wymienić jaki pyłek nektarowy
- € wymienić jaki .....
- € wymienić jaki .....
- € wymienić jaki .....

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |

### III. Czynniki chemiczne

- € wymienić jaki kwas siarkowy
- € wymienić jaki .....
- € wymienić jaki .....

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |
| czas narażenia..... | pomiary..... |

### IV. Czynniki biologiczne

*mf*

€ wirus zapalenia wątroby typ B (HBV) .....  
 € wirus zapalenia wątroby typ C (HCV) .....  
 € ludzki wirus niedoboru odporności nabytej (HIV) .....  
 € pałeczki Brucella abortus bovis .....  
 € promieniotwórcze termofilne, grzyby pleśniowe i inne o działaniu uczulającym uczulenie na powietrze .....  
 € inne szkodliwe czynniki biologiczne .....

#### V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

##### € niekorzystne czynniki psychospołeczne

€ stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi .....  
 € narażenie życia .....  
 € stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością .....  
 € monotonia pracy .....  
 € kierowanie pojazdem w ramach obowiązków służbowych kat B .....  
 € kierowca pojazdu uprzywilejowanego kat.....  
 € kierowca samochodu kat. B .....  
 € wózek widłowy .....  
 € ciężkim sprzętem budowlanym .....  
 € zaś. dla Pracodawcy .....  
 € zaś. dla Wydziału Komunikacji .....  
 € praca z bronią .....  
 € praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej .....  
 € praca na wysokości .....  
 € do 3 metrów .....  
 € powyżej 3 metrów .....  
 € praca na masztach/wieżach .....  
 € praca w wykopach (doły, rowy): .....  
 € do 3 metrów .....  
 € powyżej 3 metrów .....  
 € praca zmianowa .....  
 € praca fizyczna .....  
 € praca w wymuszonej pozycji .....  
 € praca w słuchawkach .....  
 € praca wymagająca ruchów monotypowych kończyn .....  
 € praca wymagająca stałego i długotrwałego wysiłku głosowego .....  
 € praca w warunkach PPN .....  
 € praca w pobliżu urządzeń elektroenergetycznych .....  
 € praca przy urządzeniach elektroenergetycznych .....  
 € praca biurowa .....  
 € praca siedząca .....

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....  
(podpis pracodawcy)

#### Rejestracja:

**Aby zarezerwować termin badań, proszę się skontaktować z infolinią ..... pod numerem tel. ....**

**Proszę mieć przy sobie skierowanie, aby umówić się na odpowiednie badania.**

#### Objaśnienia:

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL - seria i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy - data urodzenia.

\*\*\* Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania.

\*\*\*\* Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności:

1) Wydanie na podstawie:

a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r - Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

b) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r - Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych

c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r - Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia

d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r - Kodeks pracy dotyczące wykazu najważniejszych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy

e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r - Prawo atomowe (Dz. U. z 20014 r poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego.

2) Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 68, poz. 332 z późn. zm.)

**Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.**

*hup*

Załącznik nr 7 do Umowy z dn.

Wykaz osób, u których wykonano badania wstępne rozliczane poza opłatą ryczałtową:

| LP | IMIĘ | NAZWISKO | PESEL | NAZWA USŁUGI<br>MEDYCZNEJ (wg.<br>słownika PZU<br>Zdrowie) | KOD USŁUGI<br>MEDYCZNEJ (wg.<br>słownika PZU<br>Zdrowie) | DATA WYKONANIA<br>USŁUGI<br>MEDYCZNEJ | CENA (wg. cennika) |
|----|------|----------|-------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| 1  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |
| 2  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |
| 3  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |
| 4  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |
| 5  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |
| 6  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |
| 7  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |
| 8  |      |          |       |                                                            |                                                          |                                       |                    |

111



**KARTA BADANIA  
DLA CELÓW LECZNICTWA PROFILAKTYCZNEGO  
ZGODNIE Z ZUZP**

**Nazwisko i imię** ..... **Rok urodzenia** .....

**Adres** .....

**I. WYWIAD** (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki): .....

.....  
.....  
.....

**II. ROZPOZNANIE** (choroba zasadnicza): .....

**III. SCHORZENIA WSPÓLISTNIEJĄCE:** .....

.....

**IV. BADANIE PRZEDMIOTOWE:** waga ..... wzrost .....

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe: .....

2. Układ oddechowy: .....

.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny\*) ciśnienie krwi ..... tętno/min. ....

.....

4. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi: .....

.....

5. Układ nerwowy i narządów zmysłów: .....

.....

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

\*) niepotrzebne skreślić

✂ ----- odcinek dla komórki socjalnej -----

**Wypełnia lekarz medycyny pracy:**

**Nazwisko i imię** .....

Stwierdzam u pacjenta\*\*):

1. chorobę zawodową / wywołaną wypadkiem przy pracy,
2. objawy choroby zawodowej,
3. chorobę kwalifikującą do leczenia sanatoryjnego,
4. brak chorób kwalifikujących do leczenia sanatoryjnego - pobyt w ramach urlopu wypoczynkowego.

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza

\*\*\*) właściwe podkreślić

