

ZARZĄDZENIE NR 70/2006

Dyrektora Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie
z dnia 14 kwietnia 2006 r.

w sprawie wprowadzenia druku „Potwierdzenie wniesienia/wyniesienia urządzenia będącego własnością pacjenta” w Centrum Onkologii-Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Celem należytego zabezpieczenia mienia Centrum Onkologii i pacjentów Instytutu, na podstawie § 8 ust. 1 pkt 5 Statutu Centrum Onkologii-Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, zarządzam, co następuje:

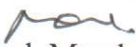
§ 1

1. Wszelkie urządzenia (np.: telewizory) będące własnością pacjenta i które w związku z jego hospitalizacją w Centrum Onkologii wnoszone są na teren Instytutu, podlegają zgłoszeniu przez pacjenta lub osobę reprezentującą pacjenta na druku „Potwierdzenie wniesienia/wyniesienia urządzenia będącego własnością pacjenta” (zwanego dalej „Potwierdzeniem”) – wzór druku stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.
2. Druk „Potwierdzenia” wydawany jest na życzenie pacjenta lub osoby go reprezentującej w Izbie przyjęć.
3. Fakt wniesienia i wyniesienia urządzenia na oddział potwierdza na druku, o którym mowa w ust. 1 pacjent lub osoba go reprezentująca oraz Pielęgniarka Oddziałowa lub osoba przez nią upoważniona.
4. Pacjent lub osoba go reprezentująca winien okazać „Potwierdzenie” na portierni/pracownikowi ochrony w dniu wyniesienia urządzenia z Instytutu.
5. Kopię „Potwierdzenia” Pielęgniarka Oddziałowa przekazuje do Działu Administracyjno-Gospodarczego, który je przechowuje.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2006 r.

Dyrektor Centrum Onkologii-Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie


Prof. dr hab. med. Marek P. Nowacki

Warszawa, dnia.....

POTWIERDZENIE WNIESIENIA/WYNIESIENIA URZĄDZENIA
BĘDĄCEGO WŁASNOŚCIĄ PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta
Klinika/Oddział.....
Imię i nazwisko osoby wnoszącej/wynoszącej sprzęt.....
Nazwa, typ, numer seryjny wnoszonego sprzętu.....

Potwierdzenie wniesienia
przez osobę wnoszącą

.....
Imię i nazwisko, podpis, data

Potwierdzenie wyniesienia
przez osobę wnoszącą

.....
Imię i nazwisko, podpis, data

Potwierdzenie wniesienia
przez pracownika Centrum Onkologii

.....
Imię i nazwisko, podpis, data

Potwierdzenie wyniesienia
przez pracownika Centrum Onkologii

.....
Imię i nazwisko, podpis, data