Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia....................2023 r.

Załącznik nr 6 do umowy

**HARMONOGRAM DODATKOWY – ZASOBY \*  
leczenie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego**

**Załącznik nr** ….. **do umowy nr** …. / ….

**rodzaj świadczeń:** ………………………………………........

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I. **Wykaz lekarzy specjalistów uczestniczących w ustaleniu planu leczenia**1) | | | | | | | | | | | |
| Unikalny wyróżnik   osoby **(a)** | | Nazwisko  **(b)** | Imiona  **(c)** | Grupa zawodowa  **(d)** | | Zawód – specjalność/  Nazwa specjalizacji **(e)** | Stopień specjalizacji **(f)** | Nr prawa wykonywania zawodu **(g)** | | Nr Pesel **(h)** | Dostępność godzinowa tygodniowo **(i)** |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| II. **Wykaz pozostałych członków uczestniczących w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne**2) | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| III. **Koordynator leczenia onkologicznego**3) | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |

**Fundusz\*\***  **Świadczeniodawca\*\*\***

……………………………………………………………… .................................................................................................................

**\*** na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.)

1) konsylium, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a ww. rozporządzenia,

2) zespół, o którym mowa w § 4a ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia,

3) koordynator, o którym mowa w art. 2 pkt. 4  ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650)

\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy – zawierające nazwę, adres, NIP i REGON – wraz z podpisem