



Data wystawienia opinii .....

Imię, nazwisko Oferenta .....

OPINIA O JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG MEDYCZNYCH PRZEZ OFERENTA W ZAKRESIE <b>RATOWNIK MEDYCZNY / PIELĘGNIARKA SYSTEMU PRM</b>			
ZAKRES OCENY	Opinia pozytywna oznaczyć X	Opinia negatywna oznaczyć X	Nie dotyczy oznaczyć X
Wykonywanie zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej (1 pkt)			
Umiejętność pracy w zespole (1 pkt)			
Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej (1 pkt)			
Przestrzeganie dyscypliny czasu wyjazdu ZRM* (1 pkt)			
Prawidłowe wypełnianie zapisów umowy udzielanych świadczeń medycznych (1 pkt)			
Brak uzasadnionych skarg pacjentów na udzielane świadczenia medyczne (1 pkt)			
Prawidłowe udzielanie świadczeń medycznych w charakterze kierownika ZRM (1 pkt)			
Przestrzeganie instrukcji i procedur wewnętrznych (1 pkt)			

**Maksymalna liczba punktów- 8**

\*zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego

Opinię wystawił:

.....  
nazwa podmiotu leczniczego

.....  
Imię, nazwisko (pieczęć, podpis) bezpośredniego przełożonego  
/ osoby upoważnionej do wydania opinii