|  |
| --- |
| **ARKUSZ EWIDENCJI: SZPITAL UZDROWISKOWY / SANATORIUM UZDROWISKOWE\***  **SZPITAL / SANATORIUM PODZIEMNE\*** |
| **STAN AKTUALNY NA DZIEŃ:**  |  |

\* niepotrzebne skreślić lub usunąć

**Załącznik do wniosku o dokonanie wpisu do Ewidencji zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UZDROWISKO:** |  |
|  | **PODMIOT LECZNICZY:** |  |
|  | **ADRES PODMIOTU:** |  |
|  | **NUMER TELEFONU:** |  |
|  | **NUMER FAXU:** |  |
|  | **ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:** |  |
|  | **ADRES STRONY WWW:** |  |
|  | **NR KSIĘGI REJESTROWEJ:****ORGAN REJESTROWY:** |  |
|  | **WŁAŚCICIEL:** |  |
|  | **NAZWA ZAKŁADU:** |  |
|  | **RODZAJ ZAKŁADU\*:** | * **SZPITAL UZDROWISKOWY**
* **SZPITAL UZDROWISKOWY DLA DZIECI**
* **SANATORIUM UZDROWISKOWE**
* **SANATORIUM UZDROWISKOWE DLA DZIECI**
* **SZPITAL/SANATORIUM W URZĄDZONYM PODZIEMNYM WYROBISKU GÓRNICZYM**
 |
|  | **ADRES ZAKŁADU:** |  |
|  | **KIERUNKI LECZNICZE\*:** | **CHOROBY ORTOPEDYCZNO-URAZOWE****CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO****CHOROBY REUMATOLOGICZNE****CHOROBY KARDIOLOGICZNE I NADCIŚNIENIE****CHOROBY NACZYŃ OBWODOWYCH****CHOROBY GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH****CHOROBY DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH****CHOROBY UKŁADU TRAWIENIA****CUKRZYCA** | **OTYŁOŚĆ****CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE****OSTEOPOROZA****CHOROBY SKÓRY****CHOROBY KOBIECE****CHOROBY NEREK I DRÓG MOCZOWYCH****CHOROBY KRWI I UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO****CHOROBY OKA I PRZYDATKÓW OKA** |
|  | **LICZBA ŁÓŻEK OGÓŁEM:** |  |
|  | **ODDZIAŁY\*:** | * **ODDZIAŁ SZPITALNY / liczba łóżek:**
* **ODDZIAŁ SZPITALNY DLA DZIECI / liczba łóżek:**
* **ODDZIAŁ SANATORYJNY / liczba łóżek:**
* **ODDZIAŁ SANATORYJNY DLA DZIECI / liczba łóżek:**
* **ODDZIAŁ REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ SZPITALNEJ / liczba łóżek:**
* **ODDZIAŁ REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ SANATORYJNEJ / liczba łóżek:**
* **INNE ODDZIAŁY (jakie) / liczba łóżek:**
 |
|  | **RODZAJE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ\*:** | * **LECZNICTWO UZDROWISKOWE**
* **REHABILITACJA LECZNICZA**
* **REHABILITACJA W RAMACH PREWENCJI ZUS**
* **TURNUSY REHABILITACYJNE PFRON / PCPR/ MOPS**
* **ŚWIADCZENIA UDZIELANE NA ZASADACH PEŁNEJ ODPŁATNOŚCI**
* **INNE (jakie):**
 |
|  | **ZAKRESY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ W RODZAJU LECZNICTWO UZDROWISKOWE\*:** | * UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 18 LAT
* UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 6 LAT POD OPIEKĄ DOROSŁYCH
* UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DOROSŁYCH
* UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DOROSŁYCH
* UZDROWISKOWA REHABILITACJA DLA DOROSŁYCH W SZPITALU UZDROWISKOWYM
* UZDROWISKOWA REHABILITACJA DLA DOROSŁYCH W SANATORIUM UZDROWISKOWYM
 |
|  | CHARAKTERYSTYKA OBIEKTU |
|  | **ZAKŁAD STANOWI\*:** | **SAMODZIELNY BUDYNEK / ZESPÓŁ BUDYNKÓW /WYDZIELONĄ CZĘŚĆ INNEGO ZAKŁADU** |
|  | **OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA OBIEKTU** |  |
|  | **TEREN (w m²)** |  |
|  | **URZĄDZENIA REKREACYJNE** |  |
|  | **STAN TECHNICZNY BUDYNKU (ROK BUDOWY, DATA OSTATNIEJ MODERNIZACJI, REMONTY)** |  |
|  | **PRZYSTOSOWANIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | * LICZBA KONDYGNACJI:
* WINDY (liczba):
* POKOJE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKACH INWALIDZKICH (liczba, lokalizacja pokoi, numery pokoi):
* POMIESZCZENIA SANITARNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKACH INWALIDZKICH (liczba, lokalizacja):
* SZEROKOŚĆ KORYTARZY:
* SZEROKOŚĆ DRZWI:
* INNE (jakie):
 |
|  | **ZABEZPIECZENIE P/POŻ:** |  |
|  | **SYSTEM OGRZEWANIA:** |  |
|  | POMIESZCZENIA PIELĘGNACYJNE |
|  | **GABINETY LEKARSKIE:** | LICZBA: |
|  | **PUNKTY PIELĘGNIARSKIE:** | LICZBA: |
|  | **GABINETY ZABIEGOWE:** | LICZBA:WYPOSAŻENIE: |
|  | **GABINETY / PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE:** | LICZBA:RODZAJ GABINETU / PRACOWNI:WYPOSAŻENIE: |
|  | **SALA INTENSYWNEGO NADZORU LEKARSKO – PIELĘGNIARSKIEGO\*:** | LICZBA:WYPOSAŻENIE\*: **ŁÓŻKO ANTYSTATYCZNE DO INTENSYWNEJ TERAPII, KARDIOMONITOR, DEFIBRYLATOR, ELEKTRYCZNE URZĄDZENIE DO SSANIA, ZESTAW DO INTUBACJI, ZESTAW DO WENTYLACJI (WOREK SAMOROZPRĘŻALNY), INSTALACJE GAZÓW MEDYCZNYCH** |
|  | **POKOJE ŁÓŻKOWE****LICZBA:** | LICZBA OGÓŁEM: |
|  | POKOJE JEDNOOSOBOWE Z WĘZŁEM SANITARNYM (liczba): |
|  | POKOJE JEDNOOSOBOWE BEZ WĘZŁA SANITARNEGO (liczba): |
|  | POKOJE DWUOSOBOWE Z WĘZŁEM SANITARNYM (liczba): |
|  | POKOJE DWUOSOBOWE BEZ WĘZŁA SANITARNEGO (liczba): |
|  | POKOJE WIELOOSOBOWE Z WĘZŁEM SANITARNYM (liczba): |
|  | POKOJE WIELOOSOBOWE BEZ WĘZŁA SANITARNEGO (liczba): |
|  | **ZBIOROWE POMIESZCZENIA SANITARNE:** | **LICZBA:** |
|  | **ZBIOROWE WC:** | **LICZBA:** |
|  | **POKOJE ŁÓŻKOWE****WYPOSAŻENIE\*:** | * **SYSTEM SYGNALIZACJI PRZYWOŁAWCZEJ - LICZBA POKOI:**
* **UMYWALKA Z ZIMNĄ I CIEPŁĄ WODĄ LUB POMIESZCZENIE HIGIENICZNO – SANITARNE - LICZBA POKOI:**
* **POJEMNIKI NA ODPADKI - LICZBA POKOI:**
 |
|  | **POMIESZCZENIA HIGIENICZNO-SANITARNE WYPOSAŻENIE\*:** | * **SYSTEM SYGNALIZACJI PRZYWOŁAWCZEJ - LICZBA POMIESZCZEŃ:**
* **NATRYSK, UMYWALKA MISKA USTĘPOWA - - LICZBA POMIESZCZEŃ:**
* **DOZOWNIK Z MYDŁEM W PŁYNIE - LICZBA POMIESZCZEŃ:**
* **POJEMNIK Z RĘCZNIKAMI JEDNORAZOWEGO UŻYCIA, POJEM­NIK NA ZUŻYTE RĘCZNIKI - LICZBA POMIESZCZEŃ:**
 |
|  | **INNE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE SŁUŻĄCE W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:** |  |
|  | **POMIESZCZENIA ZABIEGOWE / ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY** |
|  | **LOKALIZACJA POMIESZCZEŃ ZABIEGOWYCH\*:** | * **W OBIEKCIE ZLOKALIZOWANY JEST ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY**
* **W OBIEKCIE ZLOKALIZOWANE SĄ WYBRANE DZIAŁY ZPL (POMIESZCZENIA ZABIEGOWE)**
* **ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY ZLOKALIZOWANY JEST POZA OBIEKTEM**
 |
|  | **DZIAŁY ZPL ZLOKALIZOWANE W OBIEKCIE\*:** | * **DZIAŁ KĄPIELI LECZNICZYCH WANNOWYCH / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ HYDROTERAPII / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ KĄPIELI / ZAWIJAŃ PELOIDOWYCH / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ WZIEWAŃ I ZABIEGÓW LARYNGOLOGICZNYCH / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ MASAŻU LECZNICZEGO / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ KINEZYTERAPII INDYWIDUALNEJ / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ KINEZYTERAPII ZBIOROWEJ / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ FIZYKOTERAPII / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ ŚWIATŁOLECZNICTWA / ilość stanowisk:**
* **DZIAŁ KRIOTERAPII / ilość stanowisk:**
* **INNE DZIAŁY ZABIEGOWE/ jakie / ilość stanowisk:**
 |
|  | **ZPL ZLOKALIZOWANY POZA OBIEKTEM\*:** | **Nazwa, adres ZPL, odległość (w m):** |
|  | **URZADZENIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO DOSTĘPNE W OBIEKCIE\*:** | * **PIJALNIA UZDROWISKOWA**
* **BASEN LECZNICZY**
* **BASEN REHABILITACYJNY**
* **URZĄDZONE PODZIEMNE WYROBISKO GÓRNICZE**
 |
|  | POMIESZCZENIA OGÓLNE |
|  | **JADALNA:** | LICZBA MIEJSC:LICZBA ZMIAN: |
|  | **POKOJE PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH I ADMINISTRACYJNYCH:** | LICZBA: |
|  | **POMIESZCZENIE HIGIENICZNO-SANITARNE DLA PERSONELU:** | LICZBA: |
|  | **POMIESZCZENIA GOSPODARCZE\*:** | **KUCHNIA, PRALNIA, KOTŁOWNIA, MAGAZYNY ŻYWNOŚCIOWE, MAGAZYNY GOSPODARCZE, POMIESZCZENIE SŁUŻĄCE DO PRZECHOWYWANIA ŚRODKÓW CZYSTOŚCI, INNE (jakie):** |
|  | **INNE POMIESZCZENIA I KOMÓRKI ORGANIZACYJNE NIE ZWIĄZANE Z UDZIELANIEM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (usługowe, administracyjne, spa, sale konferencyjne, kawiarnie, biblioteki itp.):** |  |
|  | **POMIESZCZENIA SZPITALA / SANATORIUM UZDROWISKOWEGO DLA DZIECI\*** |
|  | **SEPARATKA\*** | **NIE DOTYCZY / LICZBA:** |
|  | **ŚWIETLICA DLA DZIECI\*** | **NIE DOTYCZY / LICZBA:** |
|  | **SALA SZKOLNA\*** | **NIE DOTYCZY / LICZBA:** |
|  | **POKÓJ DO SAMODZIELNEJ PRACY DLA DZIECI\*** | **NIE DOTYCZY / LICZBA:** |
|  | **SALA KINEZYTERAPII\*** | **NIE DOTYCZY / LICZBA:** |
|  | **POKÓJ DLA NAUCZYCIELI\*** | **NIE DOTYCZY / LICZBA:** |
|  | **POMIESZCZENIE HIGIENICZNO-SANITARNE WYPOSAŻONE DODATKOWO W NATRYSK DLA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW DZIECKA\*** | **NIE DOTYCZY / LICZBA:** |
|  | **WYDZIELONY I OGRODZONY TEREN DO ZAJĘĆ RUCHOWYCH\*** | **NIE DOTYCZY / TAK / NIE** |
|  | **PROGRMANY DOSTOSOWAWCZE, PLANY INWESTYCYJNE, PLANY MODERNIZACYJNE****(należy podać zaplanowane działania i planowane terminy realizacji)** |
|  |  |

**\*niepotrzebne skreślić lub usunąć**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. **OBSADA PERSONALNA**

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Kierownika Podmiotu

**SPRAWDZIŁ:**

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Naczelnego Lekarza Uzdrowiska