|  |  |
| --- | --- |
| **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