|  |  |
| --- | --- |
| **ARKUSZ EWIDENCJI: ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY** | |
| **STAN AKTUALNY NA DZIEŃ:** |  |

**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:** | **ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY** | |
|  | **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** |
|  | CHARAKTERYSTYKA ZAKŁADU PRZYRODOLECZNICZEGO | | |
|  | **ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY:** | * **STANOWI SAMODZIELNY BUDYNEK / ZESPÓŁ BUDYNKÓW** * **JEST ZLOKALIZOWANY NA TERENIE ZAKŁADU LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO pn.:** | |
|  | **OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA ZAKŁADU:** |  | |
|  | **UKŁAD FUNKCJONALNY ZAKŁADU (USYTUOWANIE POSZCZEGÓLNYCH DZIAŁÓW):** |  | |
|  | **TABLICE INFORMUJĄCE O RODZAJACH ZABIEGÓW I ICH ROZMIESZCZENIE:** |  | |
|  | **PRZYSTOSOWANIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | * LICZBA KONDYGNACJI: * WINDY (liczba): * POMIESZCZENIA SANITARNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKACH INWALIDZKICH (liczba, lokalizacja): * INNE (jakie): | |
|  | **ZABEZPIECZENIE P/POŻ:** |  | |
|  | **SYSTEM INSTALACJI PRZYWOŁAWCZYCH:** |  | |
|  | **SYSTEM WENTYLACJI:** |  | |
|  | POMIESZCZENIA MEDYCZNE | | |
|  | **GABINETY LEKARSKIE:** | LICZBA: | |
|  | **PUNKTY PIELĘGNIARSKIE:** | LICZBA: | |
|  | **GABINETY ZABIEGOWE:** | LICZBA:  WYPOSAŻENIE\*: **LEKI PIERWSZEJ POMOCY, ZESTAW DO UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY** | |
|  | **DZIAŁY ZAKŁADU PRZYRODOLECZNICZEGO**  **(należy określić ilość poszczególnych stanowisk)** | | |
|  | **DZIAŁ BALNEOTERAPII** | | |
|  | **BASENY LECZNICZE:** |  | |
|  | **WANNY DO KĄPIELI LECZNICZYCH:** |  | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **DZIAŁ PELOIDOTERAPII** | | |
|  | **WANNY DO KĄPIELI PELOIDOWYCH** |  | |
|  | **STANOWISKA DO ZAWIJAŃ / OKŁADÓW PELOIDOWYCH:** |  | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **DZIAŁ HYDROTERAPII** | | |
|  | **BASENY REHABILITACYJNE:** |  | |
|  | **WANNY:** |  | |
|  | **NATRYSKI:** |  | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **DZIAŁ TERMOTERAPII** | | |
|  | **KRIOKOMORA** |  | |
|  | **KRIOSTYMULACJA** |  | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **DZIAŁ FOTOTERAPII** | | |
|  | **LASEROTERAPIA** |  | |
|  | **LAMPY DO NAŚWIETLAŃ** |  | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **DZIAŁ FIZYKOTERAPII** | | |
|  | **ELEKTROTERAPIA** |  | |
|  | **MAGNETOTERAPIA** |  | |
|  | **ULTRADŹWIĘKI** |  | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **DZIAŁ MASAŻU LECZNICZEGO** | | |
|  | **STANOWISKA DO MASAŻU LECZNICZEGO:** |  | |
|  | **DZIAŁ KINEZYTERAPII** | | |
|  | **KINEZYTTERAPIA INDYWIDUALNA:** | **LICZBA STANOWISK:**  **WYPOSAŻENIE:** | |
|  | **KINEZYTERAPIA GRUPOWA:** | **LICZBA STANOWISK:**  **WYPOSAŻENIE:** | |
|  | **DZIAŁ WZIEWAŃ I ZABIEGÓW LARYNGOLOGICZNYCH** | | |
|  | **INHALATORIA DO INHALACJI Z LECZNICZYCH WÓD MINERALNYCH:** |  | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **INNE DZIAŁY I METODY TERAPEUTYCZNE** | | |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  | |
|  | **POZOSTAŁE URZADZENIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO DOSTĘPNE W OBIEKCIE\*:** | * **PIJALNIA UZDROWISKOWA** * **PODZIEMNE WYROBISKO GÓRNICZE** | |
|  | POMIESZCZENIA OGÓLNE | | |
|  | **WYPOCZYWALNIE:** | LICZBA / LOKALIZACJA: | |
|  | **POMIESZCZENIA HIGIENICZNO – SANITARNE / WC:** | LICZBA / LOKALIZACJA: | |
|  | **INNE POMIESZCZENIA:** |  | |
|  | **WYKAZ REALIZOWANYCH ZABIEGÓW**  **(rodzaj zabiegów, liczba stanowisk zabiegowych, dzienna zdolność zabiegowa)** | | |
|  |  | | |
|  | **WYKAZ APARATURY / SPRZĘTU ZABIEGOWEGO**  **(rodzaj, ilość)** | | |
|  |  | | |
|  | **RODZAJE WYKORZYSTYWANYCH TWORZYW LECZNICZYCH**  **(rodzaj, pochodzenie, tytuł do stosowania: koncesja / umowa)** | | |
|  | **WODY LECZNICZE:** |  | |
|  | **GAZY LECZNICZE:** |  | |
|  | **TORFY LECZNICZE:** |  | |
|  | **INNE:** |  | |
|  | **ZDOLNOŚĆ ZABIEGOWA** | | |
|  | **SZACOWANA OGÓLNA DZIENNA ZDOLNOŚĆ ZABIEGOWA:** |  | |
|  | **ŚREDNIA LICZBA ZABIEGÓW WYDAWANYCH DZIENNIE:** |  | |
|  | **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