|  |
| --- |
| **ARKUSZ EWIDENCJI: PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA** |
| **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:** | **PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA** |
|  | **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** |
|  | **PORADNIE SPECJALISTYCZNE (LICZBA I RODZAJ, GODZINY PRZYJĘĆ):** |  |
|  | **RODZAJE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ\*:** | * UZDROWISKOWE LECZENIE AMBULATORYJNE DOROSŁYCH I DZIECI
* **ŚWIADCZENIA UDZIELANE NA ZASADACH PEŁNEJ ODPŁATNOŚCI**
* **INNE (jakie):**
 |
|  | CHARAKTERYSTYKA PRZYCHODNI |
|  | **PRZYCHODNIA STANOWI\*:** | * **SAMODZIELNY BUDYNEK**
* **ZESPÓŁ BUDYNKÓW**
* **JEST URZĄDZONA W BUDYNKU O INNYM PRZEZNACZENIU POD WARUN­KIEM CAŁKOWITEJ IZOLACJI PRZYCHODNI OD UŻYTKOWNIKÓW W BUDYNKACH UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ I ZAMIESZKANIA ZBIOROWE­GO I INDYWIDUALNEGO, Z WYŁĄCZENIEM WĘZŁÓW KOMUNIKACJI PIONOWEJ I POZIOMEJ W TYM BUDYNKU, WSPÓLNYCH DLA WSZYST­KICH UŻYTKOWNIKÓW, NIEBĘDĄCYCH KOMUNIKACJĄ WEWNĘTRZNĄ ZAKŁADU LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO**
 |
|  | **OGÓLNY OPIS PRZYCHODNI:** |  |
|  | **PRZYSTOSOWANIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | * LICZBA KONDYGNACJI:
* WINDY (liczba):
* POMIESZCZENIA SANITARNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKACH INWALIDZKICH (liczba):
* INNE (jakie):
 |
|  | POMIESZCZENIA MEDYCZNE |
|  | **GABINETY LEKARSKIE:** | LICZBA: |
|  | **GABINETY ZABIEGOWE:** | LICZBA:WYPOSAŻENIE: |
|  | **GABINETY / PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE:** | LICZBA:RODZAJ GABINETU / PRACOWNI:WYPOSAŻENIE: |
|  | **INNE POMIESZCZENIA SŁUŻĄCE W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ:** |  |
|  | **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:** |
|  | **URZADZENIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO DOSTĘPNE W OBIEKCIE\*:** | * **PIJALNIA UZDROWISKOWA**
* **BASEN LECZNICZY**
* **BASEN REHABILITACYJNY**
* **URZĄDZONE PODZIEMNE WYROBISKO GÓRNICZE**
 |
|  | POMIESZCZENIA OGÓLNE |
|  | **POMIESZCZENIA SANITARNE / WC:** | LICZBA: |
|  | **INNE POMIESZCZENIA I KOMÓRKI ORGANIZACYJNE\*:** | **RECEPCJA, REJESTRACJA, POCZEKALNIA, SZATNIA, POKOJE PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH I ADMINISTRACYJNYCH, INNE:** |
|  | **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** |
|  | **REJESTRACJA PACJENTÓW** |  |
|  | **TABLICE INFORMACYJNE** **(O RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ, GODZINACH PRACY, CENNIKACH, ITP.)** |  |
|  | **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