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