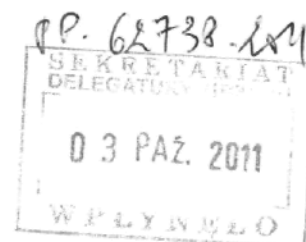


**Protokół kontroli problemowej podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą  
z dnia 07 września 2011 r.**



**1. Imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo firma oraz adres siedziby:**

Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia dla Dzieci i Młodzieży „Pulmonologia i Alergologia” s. c. w Zielonej Górze przy ul. Podgórnej 46.  
Wspólnicy: Pani Halina Czajkowska – Poźniak, Pani Krystyna Jaskulska – Kowalska, Pani Barbara Sokołowska

**2. Adres miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych:**

Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia dla Dzieci i Młodzieży „PULMONOLOGIA I ALERGOLOGIA” s. c. w Zielonej Górze przy ul. Podgórnej 46.

**Nr księgi rej. 08-00163**

**Kierownik podmiotu leczniczego – Barbara Sokołowska** (pediatra, specjalista chorób płuc).

data objęcia stanowiska kierownika - 01 lipca 2011 r.

**3. Data rozpoczęcia czynności kontrolnych - 07.09. 2011r.**

**Data zakończenia czynności kontrolnych - 07.09. 2011r.**

**4. Zespół kontrolny w składzie:**

**Małgorzata Szczęсна** – inspektor w Wydziale Polityki Społecznej LUW, przewodnicząca zespołu posiadająca upoważnienie Nr 366-1 /2011r. Wojewody Lubuskiego z dnia 30.08.2011r.

**Teresa Sepska** – inspektor w Wydziale Polityki Społecznej LUW, członek zespołu posiadająca upoważnienie Nr 366-2/2011r. Wojewody Lubuskiego z dnia 30.08.2011r.

**5. Przedmiot kontroli:** ocena zgodności stanu organizacyjnego podmiotu z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego oraz aktualności dokumentacji.

**6. Okres objęty kontrolą - stan w dniu kontroli.**

**7. Imię i nazwisko, stanowisko osoby udzielającej wyjaśnień:**

Pani Barbara Sokołowska – kierownik i wspólnik Niepublicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Poradnia dla Dzieci i Młodzieży „PULMONOLOGIA I ALERGOLOGIA” s. c.

**8. Opis stwierdzonego stanu faktycznego**

Podmiot leczniczy został wpisany do rejestru decyzją Wojewody Lubuskiego Nr SIVDob.8023/111/99 z dnia 23 września 1999 r., a następnie wpis w księdze rejestrowej został zmieniony decyzją Wojewody Lubuskiego Nr SIIDob.8010/Z/0800163/2001 z dnia 31 maja 2001 r.,

data rozpoczęcia działalności - 1 stycznia 2000 r.

kwasy  
z/kr  
for

Data ostatniej aktualizacji księgi rejestrowej - 27 czerwca 2011 r.

Podmiot leczniczy czynny jest od poniedziałku do piątku, w godzinach:

- w poniedziałki od 8<sup>00</sup> do 16<sup>00</sup>,
- we wtorki od 8<sup>00</sup> do 18<sup>00</sup>,
- w środy od 8<sup>00</sup> do 13<sup>30</sup>,
- w czwartki od 8<sup>00</sup> do 18<sup>00</sup>,
- w piątki od 8<sup>00</sup> do 13<sup>30</sup>.

Zakład mieści się na parterze w budynku wielokondygnacyjnym bez windy i podjazdu dla osób niepełnosprawnych.

**Zgodność danych podmiotu leczniczego, jednostek i komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego:**

Oznakowanie podmiotu leczniczego oraz pomieszczeń (nazwa): zgodne /niezgodne/brak\*

Liczba jednostek organizacyjnych ogółem - 1 zgodna /niezgodna\* w tym :

- jednostki org. **nie wpisane** do rejestru: nie dotyczy,
- jednostki org., które **nie prowadzą** działalności: nie dotyczy.

Liczba komórek organizacyjnych - 2 zgodna / niezgodna\*:

- komórki org. **nie wpisane** do rejestru: nie dotyczy,
- komórki org., **które nie prowadzą** działalności: nie dotyczy.

Kody resortowe cz.V: zgodne /niezgodne\*

Kody resortowe cz.VI: zgodne /niezgodne\*

Kody resortowe cz.VII: zgodne /niezgodne\*

Kody resortowe cz.VIII: zgodne /niezgodne\*

Kody resortowe cz.IX: zgodne /niezgodne\*

Kody resortowe cz.X: zgodne /niezgodne\*

Kody terytorialne: zgodne /niezgodne\*

**Aktualność dokumentacji w podmiocie wykonującym działalność leczniczą :**

Statut: dostosowany/niedostosowany\* do ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 112, poz.654) z aneksem Nr 1/2005 z dnia 30.05.2005 r.....

~~Regulamin organizacyjny~~/regulamin porządkowy: aktualny /nieaktualny\* .....

Umowa najmu/~~dzierżawy~~/własność lokalu: nr TA/333/2010 r. na czas określony do dnia 31.12.2013 r.....

Postanowienie /~~decyzja~~ PPIS z dnia 16.09.1999 r. ....

Program dostosowania zaopiniowany przez PPIS: z dnia 17.08.2005 r. zaakceptowany w dniu 30.08.2005 r., z terminem dostosowania do dnia 31 grudnia 2008 r.

*Handwritten signature and initials.*

Dokumentacja uzupełniająca pobrana na miejscu:

- informacja dot. personelu medycznego - tak /nie\* akta spr. str. 17-18
- informacja dot. sprzętu diagnostycznego/ rehabilitacyjnego\* - tak/nie\* treści w protokołu
- informacja dot. liczby pacjentów/liczby świadczeń medycznych - tak /nie\* akta spr. str. 19-20

#### **9. Stwierdzone nieprawidłowości:**

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

#### **10. Wyjaśnienia wniesione do protokołu:** nie dotyczy

**11. Oświadczenia wniesione do protokołu:** Według oświadczenia kierownika podmiotu leczniczego, sprzęt leczniczy jakim dysponuje zakład to: spirometr, pikfłometry, nebulizatory.

#### **12. Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:**

Przychodnia składa się z trzech gabinetów lekarskich, dwóch pomieszczeń socjalnych, rejestracji z poczekalnią, pomieszczenia do odczulania i robienia testów.

Kierownik zakładu poinformowany został o wejściu w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31 poz. 158), wynikającej stąd potrzebie dostosowania programu do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu i konieczności przedłożenia go organowi prowadzącemu rejestr w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r.

Na tym kontrolę zakończono. O przeprowadzonej kontroli zakładu zespół kontrolny dokonał adnotacji w książce kontroli w poz. 1

Kontrolę przeprowadzono na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654) oraz ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2004 r., Nr 173, poz. 1807 z późn. zm.), a także rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 169, poz. 1781 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. z 2004r. nr 170, poz. 1797 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 107 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654) podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru

brzy...  
s/r  
pr.

jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Pouczenie: Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.

Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

**Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których:**

- egz. nr 1 przekazano **Pani Barbarze Sokołowskiej** – kierownikowi i wspólnikowi Niepublicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Poradni dla Dzieci i Młodzieży „PULMONOLOGIA I ALERGOLOGIA” s. c. w Zielonej Górze, ul. Podgórna 46.
- egz. nr 2 przekazano do Wydziału Nadzoru i Kontroli Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.,
- egz. nr 3 wraz z dowodami pozostawiono w aktach Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. / oraz kopia protokołu z aktami kontroli pozostaje w Oddziale Polityki Społecznej w Delegaturze Urzędu w Zielonej Górze.

Data i miejsce sporządzenia protokołu:

dnia 07 września 2011 r., Zielona Góra

Podpisy osób kontrolujących  
 INSPEKTOR  
 w Oddziale Polityki Społecznej  
 w Delegaturze Urzędu

1..... *Margaryta Szczesna*.....

INSPEKTOR  
 w Oddziale Polityki Społecznej  
 w Delegaturze Urzędu

2.....

*Teresa Sepska*

KIEROWNIK  
 NS ZOZ „Pulmonologia i Alergologia” s.c.

*lek. med. Barbara Sokołowska*

**Nie wnoszę zastrzeżeń do treści protokołu**

Miejscowość *Zielona Góra*, data *08. IX 2011*

Podpis..... *Barbara Sokołowska*.....

Pieczętka i podpis kierownika jednostki kontrolowanej  
 lub osoby upoważnionej

**Odmawiam podpisania protokołu z powodu.....**

.....  
.....

Miejscowość....., data .....

Podpis.....

Pieczętka i podpis kierownika jednostki kontrolowanej  
lub osoby upoważnionej

Do akt kontroli dołączono:

- zawiadomienie o kontroli podmiotu tworzącego zakład - akta spr. str. 1-2
- upoważnienia do kontroli - akta spr. str. 3-6
- oświadczenia do kontroli - akta spr. str. 7-10
- program kontroli - akta spr. str. 11-14

.....  
.....  
.....  
.....

\* - niepotrzebne skreślić

[www.rejestrzoz.gov.pl/](http://www.rejestrzoz.gov.pl/) , [www.wojewodalubuski.pl](http://www.wojewodalubuski.pl)

Sporządziła: Teresa Sepska i Małgorzata Szczęsna

*Handwritten signature*