

Protokół kontroli zakładu opieki zdrowotnej

problemowej/sprawdzającej/doraźnej/*

z dnia 30 maja 2011r.

1. Nazwa i adres jednostki kontrolowanej: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ewa Med.
Centrum Rehabilitacyjne ul. Kosieczńska 4, 66-210 Zbąszynek,

/ nr księgi rej. 08-000651

2. Data rozpoczęcia czynności kontrolnych 30 maja 2011r.

Data zakończenia czynności kontrolnych 30 maja 2011r.

3. Zespół kontrolny w składzie:

Przewodniczący zespołu Urszula Sołtysiak –inspektor

posiadający upoważnienie Nr 229-1/2011 Wojewody Lubuskiego z dnia 19 maja 2011r.

Agnieszka Bantoszewska
Członek zespołu ~~Magdalena Stachorczak~~ inspektor

posiadający upoważnienie Nr 229-2/2011 Wojewody Lubuskiego z dnia 19 maja 2011r.

4. Kierownik jednostki kontrolowanej:

Rafał Sara, data powołania na stanowisko kierownika -
Wylączenia dokonał zespół kontrolny na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198)
(imię, nazwisko, data powołania na stanowisko)

magister rehabilitacji ruchowej

(kwalifikacje)

5. Przedmiot kontroli: ocena zgodności stanu organizacyjnego zakładu z wpisem do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego, a w szczególności:

- dane zakładu opieki zdrowotnej, jednostki i komórki organizacyjne zakładu wpisane do rejestru zakładów opieki zdrowotnej,
- sprawdzenie aktualności dokumentacji wymaganej w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej

6. Okres objęty kontrolą - stan w dniu kontroli.

7. Imię i nazwisko, stanowisko osoby udzielającej wyjaśnień:

Pełnomocnictwo/Upoważnienie z dnia.....

7. Opis stwierdzonego stanu faktycznego

Zakład został wpisany do rejestru decyzją Wojewody Lubuskiego z dnia 5 marca 2010r.,
data rozpoczęcia działalności 08.03.2010r.

Cel działalności statutowej zakładu jest świadczenie usług z zakresu: rehabilitacji, zabiegów fizjoterapeutycznych, masażu leczniczego.

Data ostatniej aktualizacji księgi rejestrowej- tylko wpis.

Zakład czynny... od poniedziałku do piątku w godzinach:
... dn. od 9⁰⁰ - 17⁰⁰ Wt. i. Czw. od 9⁰⁰ - 18⁰⁰, Św. od 9⁰⁰ - 17⁰⁰
... pt. od 9⁰⁰ - 17⁰⁰

Siedziba główna:

Budynek /kilka budynków*, ~~parterowy~~/wielokondygnacyjny z winda/bez windy*

Pomieszczenia dostosowane/~~niedostosowane~~* dla osób niepełnosprawnych

Zgodność danych zakładu, jednostek i komórek organizacyjnych zakładu z wpisem do rejestru zakładów opieki zdrowotnej:

Oznakowanie zakładu oraz pomieszczeń (nazwa): zgodne/~~niezgodne~~/brak*

Liczba jednostek organizacyjnych..... 1 zgodna/~~niezgodna~~*

- jednostki org. **nie wpisane** do rejestru:.....

- jednostki org., które **nie prowadzą** działalności :.....

Liczba komórek organizacyjnych..... 2 zgodna/~~niezgodna~~*, w tym:

- komórki org. **nie wpisane** do rejestru:.....

- komórki org., które **nie prowadzą** działalności :.....

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~~*

Liczba łóżek ogółem: ~~zgodna/niezgodna~~ * **nie dotyczy**.....

Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej ~~zgodna/niezgodna~~ * **nie dotyczy**.....

Liczba łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego ~~zgodna/niezgodna~~ * **nie dotyczy**.....

Liczba łóżek dla noworodków ~~zgodna/niezgodna~~ * **nie dotyczy**.....

Inkubatory ~~zgodna/niezgodna~~ * **nie dotyczy**.....

Liczba stanowisk dializacyjnych ~~zgodna/niezgodna/brak~~ * **nie dotyczy**.....

Liczba miejsc dziennych ~~zgodna/niezgodna/brak~~ * **nie dotyczy**.....

Inne ustalenia kontroli: ... Zakład ... zajmuje ... pomieszczenia ... ma

... parterze ... budynku: szatnia ... z ... toaletą, ... i ... prysznicem.

3 pomieszczenia zajmuje Dział fizjoterapii, 1 pomieszczenie zajmuje Dział masażu leczniczego.

Dokumentacja wymagana przez organ rejestru zakładów opieki zdrowotnej:

Statut: aktualny/nieaktualny*

Regulamin porządkowy: aktualny/nieaktualny*

Umowa najmu lokalu użytkowego aktualna

Postanowienie PPIS - aktualne/nieaktualne*

w tym: dot. laboratoriów medycznych - aktualne/nieaktualne*

dot. pracowni radiologicznych - aktualne/nieaktualne*

dot. aparatury radiologicznej - aktualne/nieaktualne*

dot. szpitalnego oddziału ratunkowego - aktualne/nieaktualne*

Program dostosowania zaopiniowany przez PWIS: ~~aktualny/nieaktualny*~~

- termin dostosowania.

Dokumentacja uzupełniająca pobrana na miejscu:

- informacja dot. personelu medycznego - tak/nie*

akta spr.str.

- informacja dot. sprzętu diagnostycznego/ rehabilitacyjnego* - tak/nie*

akta spr.str. 8-9

- informacja dot. liczby pacjentów/liczby świadczeń medycznych - tak/nie*

akta spr.str.

- umowa dot. odpadów medycznych: aktualna/nieaktualna*

akta spr.str. 10-12

- inne (np.: dok. dot. sprzętu diagnostycznego, zespołów wyjazdowych).

Opinia PPIS z dnia 30.03.2011r.

akta spr.str. 13

akta spr.str.

Wyjaśnienia wniesione do protokołu.

Oświadczenia wniesione do protokołu

28 mar. fizjoterapii, mar. rehabilitacji
michowej - kierownik, w dniu kontroli zakład
przyjmie około 30 pacjentów.

Do akt kontroli dołączono:

- zawiadomienie kierownika o kontroli - akta spr.str. 1
- zawiadomienie podmiotu tworzącego zakład o kontroli - akta spr.str. 1
- upoważnienia do kontroli - akta spr.str. 2-3
- oświadczenia do kontroli - akta spr.str. 4-5
- program kontroli - akta spr.str. 6-7
- informacja dot. sprzętu rehab. - akta spr. str. 8-9
- umowa dot. odpadów med. - akta spr. str. 10-12
- opinia PIS z dnia 30.03.2011 - akta spr. str. 13.

* - niepotrzebne skreślić

www.rejestrzoz.gov.pl/ , www.wojewodalubuski.pl

Sporządził: Sohn

Obrany maielem : 30.05.2011

Reprezentacja Sohn