

Protokół kontroli zakładu opieki zdrowotnej

problemowej/sprawdzającej/doraźnej/*

z dnia 22 czerwca 2011

1. Nazwa i adres jednostki kontrolowanej: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

MELAMED, Międzyrzecz, ul. Zachodnia 8A / nr księgi rej. 08-00550

2. Data rozpoczęcia czynności kontrolnych 22 czerwca 2011r.

Data zakończenia czynności kontrolnych 22 czerwca 2011r.

3. Zespół kontrolny w składzie:

Przewodniczący zespołu Urszula Sołtysiak- inspektor w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego posiadający upoważnienie Nr 289-1 Wojewody Lubuskiego z dnia 10 czerwca 2011r.

Członek zespołu Ewelina Niestuchowska- inspektor w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego posiadający upoważnienie Nr 289-2 Wojewody Lubuskiego z dnia 10 czerwca 2011r.

4. Kierownik jednostki kontrolowanej:

Pani Janina Simińska, 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)

Kwalifikacje-I stopień psychiatrii, II stopień położnictwa i ginekologii

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:

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)

-członek zarządu TKU spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (podmiot tworzący

NZOZ MELAMED)

7. Opis stwierdzonego stanu faktycznego

Zakład został wpisany do rejestru decyzją Wojewody Lubuskiego z dnia 6 kwietnia 2007r., data rozpoczęcia działalności 12.04.2007

Cel działalności statutowej zakładu udzielanie świadczeń zdrowotnych, profilaktyka zdrowotna, orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia.

Data ostatniej aktualizacji księgi rejestrowej 20 stycznia 2009r.

Zakład czynny 2 razy w tygodniu wg rozdziału czasowego we wtorki i czwartki w godzinach od 16 do 18.

Budynek /kilka budynków*, parterowy/wielokondygnacyjny z windą/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: nie dotyczy

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

Liczba komórek organizacyjnych 3 zgodna/niezgodna*, w tym:

- 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*

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

Liczba miejsc dziennych zgodna/niezgodna/brak

Dokumentacja wymagana przez organ rejestru zakładów opieki zdrowotnej:

Statut: aktualny/nieaktualny*

Regulamin porządkowy: aktualny/nieaktualny*

Umowa najmu/dzierżawy lokalu: aktualna/nieaktualna *

Postanowienie PPIS - aktualne/nieaktualne*

Dokumentacja uzupełniająca pobrana na miejscu:

Handwritten signatures and initials at the bottom left of the page.

- informacja dot. personelu medycznego - tak/nie* akta spr.str. 8
- informacja dot. sprzętu diagnostycznego/ rehabilitacyjnego* —tak/nie* akta spr.str.....
- informacja dot. liczby pacjentów/liczby świadczeń medycznych - tak/nie* akta spr.str.....
- oświadczenie dot. odpadów medycznych: akta spr.str.9

W zakładzie są/nie są* stosowane normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz.1314).-zakład nie zatrudnia pielęgniarek

Na tym kontrolę zakończono. O przeprowadzonej kontroli zakładu zespół kontrolny dokonał adnotacji w książce kontroli pod nr 3

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej(Dz.U. z 2007r. nr 14, poz. 89 z późn.zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2004r. 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. 14 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) zmiany dotyczące danych zawartych w rejestrze powinny być zgłaszane w terminie 14 dni od dnia dokonania zmiany.

Pouczenie: Przed podpisaniem protokołu kierujący jednostką kontrolowaną lub osoba pełniący jego obowiązki może zgłosić na piśmie, w terminie nie przekraczającym 7 dni od daty jego otrzymania, umotywowane zastrzeżenia do ustaleń zawartych w protokole.

Kierownik jednostki kontrolowanej może też odmówić podpisania protokołu, z jednoczesnym obowiązkiem złożenia na tę okoliczność, w terminie 7 dni od daty otrzymania protokołu, pisemnych wyjaśnień dotyczących przyczyn odmowy jego podpisania.

Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których:

- egz.nr 1 przekazano Pani– Janinie Siemińskiej kierownikowi Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MELAMED ul Zachodnia 8a, 66-300 Międzyrzecz
- 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.

Gorzów Wlkp....., dnia 05.07.2011

MIĘDZYRZECZ, dnia 15.07.2011

Podpisy osób kontrolujących:

1. Urszula Sathyrak.....

2. Ewelina Niemucha.....

Pieczętka i podpis kierownika jednostki kontrolowanej

TKU Sp. z o.o. z siedzibą w Międzyrzeczu
 NZOZ MELAMED
 Kierownik
 Janina Siemińska

02290184
 Data przyjęcia: 2011-07-20 08:29:00
 Numer: PP/46569/2011
 Przyjęł: Krystyna Holter
 Wieloosobowe stanowisko do spraw Kancelarii
 Załączników: 0

TKU Sp. z o.o. NZOZ MELAMED
 Poradnia Zdrowia Psychicznego
 Poradnia Leczenia Uzależnień
 Poradnia Neurologiczna
 66-300 Międzyrzecz, ul. Zachodnia 8A
 tel. 516-832-332
 NIP 6961677226 REGON 080166221

Silvia Adam
 K1