

Protokół kontroli zakładu opieki zdrowotnej

Problemowej/sprawdzającej/doraźnej\*

z dnia 4 marca 2011r.

1. Nazwa i adres jednostki kontrolowanej: / nr księgi rejestrowej: 08-00310  
GABINET OKULISTYCZNY „OKOMED” w ENGANIE, ul. PIŁSUDSKIEGO 2

2. Data rozpoczęcia czynności kontrolnych ..... 4 marca 2011r.

Data zakończenia czynności kontrolnych ..... 4 marca 2011r.

Dni przerwy w kontroli .....

3. Zespół kontrolny w składzie:

Przewodniczący zespołu ..... Małgorzata Szczęsna - inspektor  
(imię, nazwisko, stanowisko służbowe)

posiadający upoważnienie Nr 62-1/2011 Wojewody Lubuskiego z dnia 23.02.2011r.

Członek zespołu ..... Teresa Sepśka - inspektor  
(imię, nazwisko, stanowisko służbowe)

posiadający upoważnienie Nr 62-2/2011 Wojewody Lubuskiego z dnia 23.02.2011r.

4. Kierownik jednostki kontrolowanej:

Aleksandra Jaworska -  
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)

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:

lek. med. Aleksandra Jaworska - kierownik zakładu

Pełnomocnictwo/Upoważnienie z dnia .....

8. Opis stwierdzonego stanu faktycznego

Zakład został wpisany do rejestru decyzją Wojewody Zielonogórskiego z dnia 23.12.1998r.  
data rozpoczęcia działalności ... 01.01.1999r.

Cel działalności statutowej zakładu ... jest świadczenie specjalistycznych usług okulistyki i optometrii ludności zamieszkałej na terenie działania zakładu

Data ostatniej aktualizacji księgi rejestrowej ..... 16.11.2010r.

Zakład czynny ... od Powiedziatku 8<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>

w pozostałe dni od Wtorku do Piątku od 8<sup>00</sup> - 13<sup>00</sup>

w Piątek do 12<sup>00</sup> yj

MA

yj



Budynek / ~~kilka budynków\*~~, ~~parterowy~~/wielokondygnacyjny ~~z windą~~/bez windy\* *zautomatowany*  
*drzwi schodów*

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 organizacyjne **nie wpisane** do rejestru: .....

*Z*

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

*Z*

Liczba komórek organizacyjnych ..... *1* ..... zgodna/niezgodna\*, w tym :

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

*Z*

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

*Z*

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/\* .....

*Z*

Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej ..... zgodna/niezgodna/\* .....

Liczba łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego ..... zgodna/niezgodna/\* .....

Liczba łóżek dla noworodków ..... zgodna/niezgodna/\* .....

Inkubatory ..... zgodna/niezgodna/\* .....

*[Signature]*

*[Signature]*



Liczba stanowisk dializacyjnych.....zgodna/niezgodna/brak\* .....

Liczba miejsc dziennych .....zgodna/niezgodna/brak\* .....

Inne ustalenia kontroli: *pomieszczenia są czyste zgodne z rozporządzeniem Ministra  
Zdrowia z dnia 02.02.2011r (Dz.U.M.31.158).*

*F*

**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\* .....

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 *obiekt został przygotowany technicznie i dopuszczony do  
użytku w zakresie przedsiębiorstwa działalności medycznej.*

Dokumentacja uzupełniająca pobrana na miejscu:

- informacja dot. personelu medycznego - tak/nie\* akta spr.str. w protokole, str. 2

- informacja dot. sprzętu diagnostycznego/rehabilitacyjnego\* - tak/nie\* akta spr.str. 1

- informacja dot. liczby pacjentów/liczby świadczeń medycznych - tak/nie\* akta spr.str. w protokole

- umowa dot. odpadów medycznych: aktualna/nieaktualna\* *brak* akta spr.str. —

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

akta spr.str. ....

Wyjaśnienia wniesione do protokołu *Umowa o utylizacji odpadów medycznych  
zostanie dostarczona do Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego  
w Gorzowie Śląsk. w terminie 14 dni.*

*F*

*5*

*Yjs*



Oświadczenia wniesione do protokołu ..... Kadra medyczna świadcząca usługi medyczne  
 w ramach zakładu to: lekarz medycyny z pierwszego stopniem  
 specjalizacji, jeden lekarz z drugiego stopniem specjalizacji  
 z okulistyki oraz jedna pielęgniarka dyplomowana z 2010r.  
 z porad lekarski przyjmujących w zakładzie skorzystało 6802  
 osoby, średnio w miesiącu 566 .....

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).

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

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 zgodne w terminie 14 dni od dnia dokonania zmiany.

Pouczenia: Przed podpisaniem protokołu kierujący jednostką kontrolowaną lub osoba pełniąca 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 dnia otrzymania protokołu, pisemnych wyjaśnień dotyczących przyczyn odmowy jego podpisania.

Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których:

- egzemplarz nr 1 przekazano Pani/Panu Aleksandrze Jaworskiej ..... - dyrektorowi/kierownikowi  
 Miejskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gabriel Okulistyce przy ul. Piłsudskiego 2 w Żaganiu.
- egzemplarz nr 2 przekazano do Wydziału Nadzoru i Kontroli Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.,
- egzemplarz 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\*.

Yie

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Gabinet Okulistyczny „OKOMED”  
ul. Piłsudskiego 2, 68-100 ŻAGAN  
tel. 68 477 69 55, tel. 630 610 249  
NIP 928-114-38 28 • Regon 970776399  
970776399-001 • 0402/0077

Żagan, dnia 04.03.2011r.

Żagan, dnia 04.03.2011

**INSPEKTOR**  
Podpisy osób kontrolujących w Delegaturze Urzędu

1. *Margaryta Szczesna*

2. *Teresa Sepska*

Pieczętka i podpis kierownika jednostki kontrolowanej lub osoby upoważnionej:

*Otrzymaliśmy dnia 04.03.2011*

**KIEROWNIK**  
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
„OKOMED” w Żaganiu

*Aleksandra Janowska*

Zespół kontrolujący dokonał upisu w księdze kontroli pod nr 1/2011

Do akt kontroli dołączono:

- zawiadomienie kierownika o kontroli - akta spr. str. ....
- zawiadomienie podmiotu tworzącego zakład o kontroli - akta spr. str. ....
- upoważnienia do kontroli - akta spr. str. ....
- program kontroli - akta spr. str. ....

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

\* niepotrzebne skreślić

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

Sporządził: *Teresa Sepska i Margaryta Szczesna*

*ym*