

6:0245

Aleksandrów Kujawski, dnia 10.03.2012 godz. 11⁰⁰

POWIATOWY SZPITAL
w Aleksandrowie Kujawskim
Spółka z o.o.
ul. Słowackiego 18
67-700 Aleksandrów Kuj

2012 -03- 01

Protokół z wizytacji poradni reumatologicznej

M202 Szpital Powiatowy

w Aleksandrowie Kujawskim ul. Słowackiego 18
(nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń)

Warunki architektoniczne

Poradnia jest na kondygnacji (0-parter): PARTER TAK tak / nie / nie dotyczy
 Czy jest gabinet diagnostyczno-zabiegowy TAK tak / nie / nie dotyczy
 Czy gabinet diagnostyczno-zabiegowy jest wspólny dla POZ i AOS NIE tak / nie / nie dotyczy
 Ile gabinetów diagnostyczno zabiegowych posiada Świadczeniodawca 2
 Czy gabinet diagnostyczno-zabiegowy stanowi odrębne pomieszczenie czy też wskazywany jest przez Świadczeniodawcę jako tożsamy z pomieszczeniem do przeprowadzania badań lekarskich w ramach wizytowanej poradni odrębne pomieszczenie
 W ilu zakresach zabiegowych w lokalizacji realizowane są świadczenia w ramach umowy z NFZ 7

Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo

- podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5% TAK tak / nie
 - przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze parter ~~tak / nie~~
 - co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych tak / nie

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń		Tak/Nie	UWAGI
1	2	3		
Porada specjalistyczna -- reumatologia	Personel	1) lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii albo 2) lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii oraz lekarz: a) w trakcie specjalizacji w dziedzinie reumatologii lub b) specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale zgodnym z profilem świadczenia gwarantowanego.	TAK	1 lekarz
	Dostępność badań	Dostęp do: - badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, - USG, - RTG, - densytometrii kręgosłupa i kości udowej.	TAK	2 miejsc

Harmonogram:

Czy w trakcie wizytacji były realizowane świadczenia zgodnie z harmonogramem pracy, stanowiącym załącznik do zawartej przez Świadczeniodawcę umowy z NFZ TAK tak / nie
 Czy została zamieszczona informacja dla pacjentów o godzinach pracy poradni TAK tak / nie

Godziny pracy poradni zamieszczone na miejscu przeprowadzanej wizytacji:

Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
Od	Do	Od	Do	Od	Do	Od	Do	Od	Do	Od	Do
		8 ⁰⁰	16 ⁰⁰			7 ³⁰	13 ⁰⁰	14 ⁰⁰	18 ⁰⁰		

Personel:

Czy w trakcie wizytacji były realizowane świadczenia przez uprawniony personel lekarski ^{T.A.I.C} tak / nie
Czy w realizacji świadczeń uczestniczył personel pielęgniarski ^{T.A.I.C} tak / nie

L.p.	Imię i nazwisko	Podpis	Pieczęć
1	^{le} Pierwsz intencj		^{le} stranych ologii
2			

Rejestracja pacjentów:

Czy Świadczeniodawca prowadzi bieżącą rejestrację pacjentów ^{T.A.I.C} tak / nie
Ilość pacjentów w kolejce oczekujących uzyskanej z informacji od Świadczeniodawcy [?]

Inne:

Czy Świadczeniodawca posiada tytuły prawne do wymaganego sprzętu ^{T.A.I.C} tak / nie
Czy w przypadku realizowania procedur zabiegowych w poradni świadczeniodawca posiada sprzęt do sterylizacji narzędzi lub umowę na ich sterylizację z podmiotem zewnętrznym ... ^{nie / nie dotyczy} tak / nie / nie dotyczy
Czy w czasie pracy poradni ujętym w harmonogramie rejestrowani są pacjenci na świadczenia komercyjne ^{nie} tak / nie

Uwagi:

*Mananna Szondakova
Dopuškova Janička*

.....
kontrolujący

PREZES

.....
mgr Mariusz Trojanowski
kontrolowany