|  |
| --- |
| **ARKUSZ EWIDENCJI: ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY** |
| **STAN AKTUALNY NA DZIEŃ:**  |  |

**Załącznik do wniosku o dokonanie wpisu do Ewidencji zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UZDROWISKO:** |  |
|  | **PODMIOT LECZNICZY:** |  |
|  | **ADRES PODMIOTU:** |  |
|  | **NUMER TELEFONU:** |  |
|  | **NUMER FAXU:** |  |
|  | **ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:** |  |
|  | **ADRES STRONY WWW:** |  |
|  | **NR KSIĘGI REJESTROWEJ:****ORGAN REJESTROWY:** |  |
|  | **WŁAŚCICIEL:** |  |
|  | **NAZWA ZAKŁADU:** |  |
|  | **RODZAJ ZAKŁADU:** | **ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY** |
|  | **ADRES ZAKŁADU:** |  |
|  | **KIERUNKI LECZNICZE\*:** | **CHOROBY ORTOPEDYCZNO-URAZOWE****CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO****CHOROBY REUMATOLOGICZNE****CHOROBY KARDIOLOGICZNE I NADCIŚNIENIE****CHOROBY NACZYŃ OBWODOWYCH****CHOROBY GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH****CHOROBY DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH****CHOROBY UKŁADU TRAWIENIA****CUKRZYCA** | **OTYŁOŚĆ****CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE****OSTEOPOROZA****CHOROBY SKÓRY****CHOROBY KOBIECE****CHOROBY NEREK I DRÓG MOCZOWYCH****CHOROBY KRWI I UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO****CHOROBY OKA I PRZYDATKÓW OKA** |
|  | CHARAKTERYSTYKA ZAKŁADU PRZYRODOLECZNICZEGO |
|  | **ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY:** | * **STANOWI SAMODZIELNY BUDYNEK / ZESPÓŁ BUDYNKÓW**
* **JEST ZLOKALIZOWANY NA TERENIE ZAKŁADU LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO pn.:**
 |
|  | **OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA ZAKŁADU:** |  |
|  | **UKŁAD FUNKCJONALNY ZAKŁADU (USYTUOWANIE POSZCZEGÓLNYCH DZIAŁÓW):** |  |
|  | **TABLICE INFORMUJĄCE O RODZAJACH ZABIEGÓW I ICH ROZMIESZCZENIE:** |  |
|  | **PRZYSTOSOWANIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | * LICZBA KONDYGNACJI:
* WINDY (liczba):
* POMIESZCZENIA SANITARNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PORUSZAJĄCYCH SIĘ NA WÓZKACH INWALIDZKICH (liczba, lokalizacja):
* INNE (jakie):
 |
|  | **ZABEZPIECZENIE P/POŻ:** |  |
|  | **SYSTEM INSTALACJI PRZYWOŁAWCZYCH:** |  |
|  | **SYSTEM WENTYLACJI:** |  |
|  | POMIESZCZENIA MEDYCZNE |
|  | **GABINETY LEKARSKIE:** | LICZBA: |
|  | **PUNKTY PIELĘGNIARSKIE:** | LICZBA: |
|  | **GABINETY ZABIEGOWE:** | LICZBA:WYPOSAŻENIE\*: **LEKI PIERWSZEJ POMOCY, ZESTAW DO UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY** |
|  | **DZIAŁY ZAKŁADU PRZYRODOLECZNICZEGO****(należy określić ilość poszczególnych stanowisk)** |
|  | **DZIAŁ BALNEOTERAPII** |
|  | **BASENY LECZNICZE:** |  |
|  | **WANNY DO KĄPIELI LECZNICZYCH:** |  |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **DZIAŁ PELOIDOTERAPII** |
|  | **WANNY DO KĄPIELI PELOIDOWYCH** |  |
|  | **STANOWISKA DO ZAWIJAŃ / OKŁADÓW PELOIDOWYCH:** |  |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **DZIAŁ HYDROTERAPII** |
|  | **BASENY REHABILITACYJNE:** |  |
|  | **WANNY:** |  |
|  | **NATRYSKI:** |  |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **DZIAŁ TERMOTERAPII** |
|  | **KRIOKOMORA** |  |
|  | **KRIOSTYMULACJA** |  |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **DZIAŁ FOTOTERAPII** |
|  | **LASEROTERAPIA** |  |
|  | **LAMPY DO NAŚWIETLAŃ** |  |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **DZIAŁ FIZYKOTERAPII** |
|  | **ELEKTROTERAPIA** |  |
|  | **MAGNETOTERAPIA** |  |
|  | **ULTRADŹWIĘKI** |  |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **DZIAŁ MASAŻU LECZNICZEGO** |
|  | **STANOWISKA DO MASAŻU LECZNICZEGO:** |  |
|  | **DZIAŁ KINEZYTERAPII** |
|  | **KINEZYTTERAPIA INDYWIDUALNA:** | **LICZBA STANOWISK:****WYPOSAŻENIE:** |
|  | **KINEZYTERAPIA GRUPOWA:** | **LICZBA STANOWISK:****WYPOSAŻENIE:** |
|  | **DZIAŁ WZIEWAŃ I ZABIEGÓW LARYNGOLOGICZNYCH** |
|  | **INHALATORIA DO INHALACJI Z LECZNICZYCH WÓD MINERALNYCH:** |  |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **INNE DZIAŁY I METODY TERAPEUTYCZNE** |
|  | **POZOSTAŁE STANOWISKA:** |  |
|  | **POZOSTAŁE URZADZENIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO DOSTĘPNE W OBIEKCIE\*:** | * **PIJALNIA UZDROWISKOWA**
* **PODZIEMNE WYROBISKO GÓRNICZE**
 |
|  | POMIESZCZENIA OGÓLNE |
|  | **WYPOCZYWALNIE:** | LICZBA / LOKALIZACJA: |
|  | **POMIESZCZENIA HIGIENICZNO – SANITARNE / WC:** | LICZBA / LOKALIZACJA: |
|  | **INNE POMIESZCZENIA:**  |  |
|  | **WYKAZ REALIZOWANYCH ZABIEGÓW****(rodzaj zabiegów, liczba stanowisk zabiegowych, dzienna zdolność zabiegowa)** |
|  |  |
|  | **WYKAZ APARATURY / SPRZĘTU ZABIEGOWEGO****(rodzaj, ilość)** |
|  |  |
|  | **RODZAJE WYKORZYSTYWANYCH TWORZYW LECZNICZYCH****(rodzaj, pochodzenie, tytuł do stosowania: koncesja / umowa)** |
|  | **WODY LECZNICZE:** |  |
|  | **GAZY LECZNICZE:** |  |
|  | **TORFY LECZNICZE:** |  |
|  | **INNE:** |  |
|  | **ZDOLNOŚĆ ZABIEGOWA** |
|  | **SZACOWANA OGÓLNA DZIENNA ZDOLNOŚĆ ZABIEGOWA:** |  |
|  | **ŚREDNIA LICZBA ZABIEGÓW WYDAWANYCH DZIENNIE:** |  |
|  | **PROGRMANY DOSTOSOWAWCZE, PLANY INWESTYCYJNE, PLANY MODERNIZACYJNE****(należy podać zaplanowane działania i planowane terminy realizacji)** |
|  |  |

**\*niepotrzebne skreślić lub usunąć**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. **OBSADA PERSONALNA**

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Kierownika Podmiotu

**SPRAWDZIŁ:**

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Naczelnego Lekarza Uzdrowiska