

## PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ

### **I. IMIE I NAZWISKO ORAZ ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA ALBO FIRMA ALBO NAZWA ORAZ ADRES SIEDZIBY**

Mariola Wandruk-Lewoniewska - osoba fizyczna  
Adres do korespondencji: 15-509 Sobolewo, ul. Tygrysia 34  
Nr księgi rejestrowej w RPWDL - 000000011025.

### **II. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.**

NZOZ Przychodnia Lekarska HIPOKRATES;  
ul. Szosa Baranowicka 80, 15-509 Sobolewo

### **III. PRZEDMIOT KONTROLI:**

Ocena realizacji zaleceń pokontrolnych dotyczących realizacji opieki profilaktycznej nad matką i dzieckiem realizowanej w podstawowej opiece zdrowotnej.

### **IV. TERMIN KONTROLI**

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych – 17 września 2015r.  
Data zakończenia czynności kontrolnych – 17 września 2015r.

### **V. IMIONA I NAZWISKA OSÓB WYKONUJĄCYCH CZYNNOŚCI KONTROLNE**

1. Irena Grygoruk – główny specjalista w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia nr 1/2015 znak: PS-III.9612.111.2015.IG wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 8/2014 – przewodnicząca zespołu kontrolnego
2. Ewa Taranta – główny specjalista w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia nr 2/2015 znak: PS-III.9612.111.2015.IG wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 31/2011

Kontroli dokonano w obecności Marioli Wandruk - Lewoniewskiej

właściciela podmiotu leczniczego.

Przeprowadzenie kontroli planowej odnotowano w książce kontroli prowadzonej w kontrolowanym przedsiębiorstwie pod pozycją nr 19.

## **VI. OPIS STANU FAKTYCZNEGO**

Kontrolą objęto okres od 12 września 2014r. do dnia kontroli tj. do 17 września 2015r.

<b>Zagadnienie kontrolne</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Ocena/podstawa prawna</b>
Czy dokumentacja medyczna zawiera kody resortowe części I i V, stanowiące część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych?	X		pozytywna § 10 ust.1 pkt 1 lit. b, d rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz. U. z 2014r., poz.177 ze zm.)
Czy dokumentacja medyczna zawiera chronologiczną numerację stron?	X		pozytywna § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz. U. z 2014r., poz.177 ze zm.)
Czy dokumentacja medyczna zawiera oznaczenie każdej strony co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta?	X		pozytywna § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz. U. z 2014r., poz.177 ze zm.)
Czy dokumentacja medyczna noworodka zawiera numeru PESEL matki?	X		pozytywna § 10 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz. U. z 2014r., poz.177 ze zm.)

## **VII. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

## **VIII. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO PROTOKOŁU**

Załącznik nr 1 - Wykaz dokumentacji podlegającej kontroli – dokumentacja pielęgniarki POZ  
- Wykaz dokumentacji podlegającej kontroli – dokumentacja położnej POZ

## **IX. WNIOSKI OSÓB WYKONUJĄCYCH CZYNNOŚCI KONTROLNE**

Wobec faktów przedstawionych powyżej kontrolę oceniono pozytywnie

Podmiot leczniczy został poinformowany o prawie wniesienia zastrzeżeń w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego protokołu, co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenia powinny być zgłoszone na piśmie. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden otrzymuje kontrolowany podmiot leczniczy, a drugi Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej Oddział Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej.

Protokół sporządzono w *Sobołewie* dnia *17.09.2015 r.*

*17.09.15 Mariola Wandiuik-Lewoniewska*  
*data i podpis kontrolowanego*

główny specjalista  
/ - /

*Irena Grygoruk*

główny specjalista  
/ - /

*Ewa Taranta*

### **Nie wnoszę zastrzeżeń do treści protokołu**

*Sobołewo 17.09.2015*  
*miejsowość, data*

NZOZ Przychodnia Lekarska "HIPOKRATES"  
15-509 Sobolewo, ul. Szosa Baranowicka 80  
Mariola Wandiuik-Lewoniewska  
15-509 Sobolewo, ul. Tygrysia 34  
tel. 85 74 02 001, 74 02 780  
REG. 050800760 NIP 966-043-81-50  
kod VIII: 0010, Kod VII: 001, Kod V: 01  
Kod I - 0000000 11025

*Mariola Wandiuik-Lewoniewska*

*pieczęć podmiotu leczniczego oraz podpis  
właściciela podmiotu leczniczego lub  
osoby upoważnionej*

### **Odmawiam podpisania protokołu z powodu**

.....

.....

*pieczęć podmiotu leczniczego oraz podpis  
właściciela podmiotu leczniczego lub  
osoby upoważnionej*

### **Jeden egzemplarz protokołu otrzymałam/łem**

*17.09.15 Mariola Wandiuik-Lewoniewska*  
*data otrzymania protokołu i podpis kontrolowanego*