

PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ

I. IMIĘ I NAZWISKO ORAZ ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA ALBO FIRME ALBO NAZWĘ ORAZ ADRES SIEDZIBY:

GIN-EKOLOGIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ ,
16-300 Augustów, ul. Młyńska 55.

Nr księgi rejestrowej w RPWDL –000000027562.

II. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH GIN-EKOLOGIA - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego

ul. 3 Maja 49 16-300 Augustów

Komórki podmiotu leczniczego:

Gabinet diagnostyczno- zabiegowy

ul. 3 Maja 49 16-300 Augustów

III. KONTROLUJĄCY:

Pani Haliną Antychowicz – Kluczyk - lekarz specjalista położnictwa i ginekologii na podstawie zawartej umowy nr PS-III.964.6.2015 z dnia 1.092015 r. zgodnie z wydanym upoważnieniem

IV. TERMIN KONTROLI:

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych:

12. 11. 15

Data zakończenia czynności kontrolnych:

12. 11. 15

V. PRZEDMIOT KONTROLI:

Ocena opieki położniczo-ginekologicznej.

VI. OKRES OBJĘTY KONTROLĄ:

Od dnia 1 kwietnia 2012 r. do dnia kontroli.

Kontroli dokonano przy udziale:

..... dr. Bogusław Falcowski

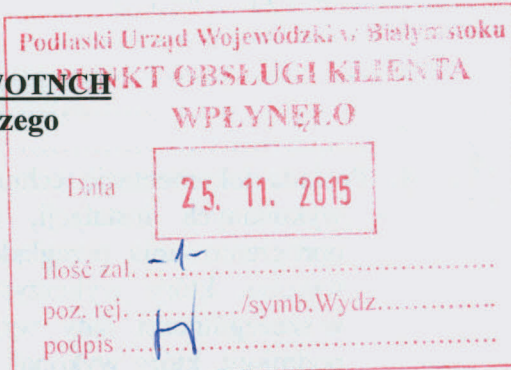
Przeprowadzenie kontroli planowej odnotowano w książce kontroli pod **poz. nr** 51

VII. OPIS STANU FAKTYCZNEGO:

1. Podjął i prowadzi działalność leczniczą zgodnie ze strukturą organizacyjną oraz danymi objętymi rejestrem wskazanymi w prowadzonej dla podmiotu księdze rejestrowej stanowiącej Załącznik Nr 1 do niniejszego programu – zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

tak nie

2. Posiada prawo do pomieszczeń w których prowadzona jest działalność lecznicza – zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 22 ustawy.



tak nie

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

3. Posiada wyroby medyczne oznakowane znakiem CE, umieszczonym w taki sposób aby był on widoczny, czytelny i nieusuwalny, w instrukcji używania wyrobu i na opakowaniu handlowym wyrobu - zgodnie z art. 11 ustawy o wyrobach medycznych.

tak nie

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

4. Posiada dokumentację techniczną

- wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu - zgodnie z art. 90 ust. 6 – ustawa o wyrobach medycznych,

tak nie

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

- określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, o których mowa w art. 90 ust. 7 – ustawa o wyrobach medycznych.

tak nie

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

5. Serwisuje i przegląda sprzęt i aparaturę medyczną, która znajduje się w przedsiębiorstwie przez podmioty uprawnione przez wytwórcę do dokonywania napraw, przeglądów i serwisowania aparatury i sprzętu medycznego - art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych.

tak nie

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

6. Zawarł umowy o pracę lub umowy cywilnoprawne z osobami wykonującymi zawód medyczny w przedsiębiorstwie - na podstawie art. 17 ust. 1 pkt 3.

tak nie

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

7. Przekazuje raz na kwartał Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacje o liczbie osób, które wykonują zawód

medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną – zgodnie z art. 17 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

tak nie

.....

8. Posiada regulamin organizacyjny zgodny z art. 24 ustawy o działalności leczniczej określający w szczególności:

art. 24 ust 1 ustawy o działalności leczniczej		TAK	NIE
pkt. 1	firmę albo nazwę podmiotu;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 2	cele i zadania podmiotu;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 3	strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 4	rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 5	miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 6	przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 7	organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 8	warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 9	wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 10	organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 12	wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pkt. 13	sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, tj. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn. Dz. U. 2014 r., poz. 177, ze zm.):

a. potwierdza wykonanie świadczenia zdrowotnego przez osobą posiadającą uprawnienia, datę jego wykonania, imię i nazwisko, posiadane kwalifikacje, numer prawa wykonywania zawodu - § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a - e, pkt 4,

tak nie

.....

b. dokumentacja medyczna indywidualna i zbiorcza zawiera nazwę podmiotu leczniczego, kody resortowe część I numer księgi resortowej, część V – kod jednostki organizacyjnej, część VII – kod komórki organizacyjnej - § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a - e,

tak nie

.....

1. zgodnie z:

ustawo o działalności
leczniczej opieki zdrowotnej
1. prawo krajowe i o standardach opieki
przed i w czasie

2. niezgodnie z:

X. Załączniki

Wobec faktów stwierdzonych powyżej kontrola została oceniona:

dobrze

Pouczenie

Zgodnie z art. 112 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.

Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden po przeczytaniu i podpisaniu wręczono podmiotowi leczniczemu a drugi pozostaje w komórce przeprowadzającej kontrolę.

12.11.15

Protokół sporządzono: Augustów, października 2015 r.

GABINET GINEKOLOGICZNY
GIN-EKOLOGIA Sp. z o.o.
16-300 Augustów, ul. 3 Maja 49
REGON 20066208300020 NIP 8461660603
KRS 0000405598

Halina Antychowicz

Podpis kontrolującego

Ukozyca

Bogdan Szabondu

(czytelny podpis kontrolowanego i pieczęć podmiotu kontrolowanego)

Do protokołu wniesiono zastrzeżenia/nie wniesiono zastrzeżenia*

Bogdan Szabondu

podpis kontrolowanego

Jeden egzemplarz protokołu otrzymałem/am:

12.11.15r. Bogdan Szabondu

data odebrania protokołu i podpis kontrolowanego

* niepotrzebne skreślić