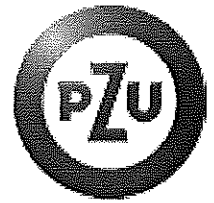


300.00  
400.00 50-50

## INFORMACJE OGÓLNE O PODMIOTIE LECZNICZYM

### Podmiot leczniczy

Nazwa: Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Profesora Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu  
Regon: 000296638 Numer księgi rejestrowej: 000000010148



### Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego

Nazwa: Regon:  
Adres:

Numer wersji zbioru 8

zasad oceny ryzyka:

Numer wniosku: 0002966380302181

Data wysłania wniosku: 2018-07-31

### 1 Proszę podać DANE OGÓLNE PODMIOTU LECZNICZEGO:

a) Nazwa podmiotu leczniczego/ Imię i nazwisko

Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Profesora Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu

b) Regon

000296638

c) NIP

7921805587

### 2 Proszę podać ADRES SIEDZIBY PODMIOTU LECZNICZEGO:

a) Kod pocztowy

37-500

b) Poczta

Jarosław

c) Miejscowość

Jarosław

d) ulica

Tadeusza Kościuszki

e) nr domu

18

f) nr lokalu

brak

g) nr telefonu

166214611

h) adres e-mail

spzoz\_jaroslaw@poczta.onet.pl

### 3 Czy adres PODMIOTU LECZNICZEGO DO KORESPONDENCJI jest inny niż adres siedziby?

☐ a) tak

☒ b) nie

### 4 Proszę podać ADRES PODMIOTU LECZNICZEGO DO KORESPONDENCJI:

a) Kod pocztowy

b) Poczta

c) Miejscowość

d) ulica

e) nr domu

f) nr lokalu

g) nr telefonu

h) adres e-mail

**5 W odniesieniu do PODMIOTU LECZNICZEGO proszę podać:**

a) nr księgi rejestrowej

000000010148

b) datę wpisu do księgi rejestrowej

1999-01-01

c) Kod podmiotu tworzącego

18

d) Wysokość obrotu z działalności leczniczej - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw i z tytułu wszystkich wykonywanych przez PODMIOT LECZNICZY rodzajów działalności leczniczej za ostatni rok kalendarzowy

-29841830,94

34 543 871,88

e) Wysokość obrotu z działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy

27607566,52

31 805 779,88

f) Wysokość obrotu z działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy

0

g) Wysokość obrotu z działalności leczniczej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy

2234264,42

2 408 052,50

h) Łączną liczbę pacjentów - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw i z tytułu wszystkich wykonywanych przez PODMIOT LECZNICZY rodzajów działalności leczniczej za ostatni rok kalendarzowy

14272

17015

i) Liczbę pacjentów w lecznictwie całodobym i stacjonarnym szpitalnym - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy

3268

2872 0

j) Liczbę pacjentów w lecznictwie całodobym i stacjonarnym innym niż szpitalne - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy

161

170 De

k) Liczbę pacjentów w lecznictwie ambulatoryjnym - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw za ostatni rok kalendarzowy

10810

9982

l) Liczbę łóżek szpitalnych - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.

464

m) Liczbę miejsc dla noworodków - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.

0

n) Liczbę stanowisk dializacyjnych - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.

0

o) Liczbę miejsc dziennych - proszę podać dane łączne ze wszystkich przedsiębiorstw.

23

**6 Proszę wybrać RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ wykonywanej przez PODMIOT LECZNICZY:**

- ☒ a) działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne (kategoria H1)  
☐ b) działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (kategoria H2)  
☒ c) działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ? lecznictwo ambulatoryjne (kategoria A)  
☐ d) Podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ? opieka doraźna (kategoria E)

**7 Proszę wybrać wszystkie RODZAJE PRZEDSIĘBIORSTW, w których PODMIOT LECZNICZY wykonuje działalność leczniczą:**

- ☐ a) szpital wielospecjalistyczny  
☒ b) szpital psychiatryczny i odwykowy  
☐ c) szpital jednospecjalistyczny (inny niż psychiatryczny i odwykowy)  
☐ d) sanatorium  
☐ e) zakład rehabilitacji leczniczej (stacjonarny)  
☐ f) zakład udzielający świadczeń jednodniowych  
☐ g) szpital uzdrowiskowy  
☐ h) zakład opiekuńczo - leczniczy

- ☐ i) zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
- ☐ j) zakład rehabilitacji leczniczej
- ☐ k) hospicjum
- ☐ l) leczenie uzależnień
- ☐ m) psychiatryczna opieka zdrowotna
- ☐ n) sanatorium wykonujące działalność leczniczą w formie całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne
- ☐ o) sanatorium w formie ambulatorium
- ☒ p) przychodnia
- ☐ q) poradnia
- ☐ r) ośrodek zdrowia
- ☐ s) lecznica
- ☐ t) ambulatorium z izbą chorych
- ☐ u) ambulatorium ? opieka doraźna
- ☐ v) zakład badań diagnostycznych
- ☐ w) medyczne laboratorium diagnostyczne
- ☐ x) stacja dializ
- ☐ y) stacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa
- ☐ z) pogotowie

8 W przypadku wyboru w pytaniu poprzedzającym wielu rodzajów przedsiębiorstw, proszę wybrać tylko jeden - wiodący - rodzaj przedsiębiorstwa.

- ☐ a) szpital wielospecjalistyczny
- ☒ b) szpital psychiatryczny i odwykowy
- ☐ c) szpital jednospecjalistyczny (inny niż psychiatryczny i odwykowy)
- ☐ d) sanatorium
- ☐ e) zakład rehabilitacji leczniczej (stacjonarny)
- ☐ f) zakład udzielający świadczeń jednodniowych
- ☐ g) szpital uzdrowiskowy
- ☐ h) zakład opiekuńczo - leczniczy
- ☐ i) zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
- ☐ j) zakład rehabilitacji leczniczej
- ☐ k) hospicjum
- ☐ l) leczenie uzależnień
- ☐ m) psychiatryczna opieka zdrowotna
- ☐ n) sanatorium wykonujące działalność leczniczą w formie całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne
- ☐ o) sanatorium w formie ambulatorium
- ☐ p) przychodnia
- ☐ q) poradnia
- ☐ r) ośrodek zdrowia
- ☐ s) lecznica
- ☐ t) ambulatorium z izbą chorych
- ☐ u) ambulatorium ? opieka doraźna
- ☐ v) zakład badań diagnostycznych
- ☐ w) medyczne laboratorium diagnostyczne
- ☐ x) stacja dializ
- ☐ y) stacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa
- ☐ z) pogotowie

9 Czy w ciągu ostatnich 36 miesięcy złożone zostały do PODMIOTU LECZNICZEGO lub przez PODMIOT LECZNICZY do UBEZPIECZYCIELA ROSZCZENIA albo zostało WYPŁACONE ODSZKODOWANIE z tytułu szkód powstałych w związku z prowadzeniem przez PODMIOT LECZNICZY działalności leczniczej?

- ☒ a) tak
- ☐ b) nie

10 Proszę podać:

- a) liczbę wypłaconych odszkodowań
- b) wartość wypłaconych odszkodowań (w PLN)
- c) liczbę zgłoszonych roszczeń
- d) wartość zgłoszonych roszczeń (w PLN)

1	1
42.000	18000
1	1
	25000

150.000 zł

- 11 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuję o zawarcie umowy OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO, której obowiązek zawarcia wynika z art. 17 ust. 1 pkt 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.)?
- ☒ a) tak  
☐ b) nie
- 12 Proszę wybrać wysokość wnioskowanej SUMY GWARANCYJNEJ w umowie OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO:
- ☐ a) 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń i 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia objętych umową ubezpieczenia  
☒ b) 500.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń i 100.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia objętych umową ubezpieczenia
- 13 W odniesieniu do OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę wskazać okres ubezpieczenia:
- a) data od 2016-02-14 14.02.2016  
b) data do 2019-02-16 16.02.2022
- 14 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest KONTYNUACJĄ umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej z Zakładem Ubezpieczeń w zakresie OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO?
- ☐ a) tak  
☒ b) nie
- 15 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuję o zawarcie umowy DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO ?
- ☐ a) tak  
☒ b) nie
- 16 W odniesieniu do DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę podać wysokość wnioskowanej SUMY GWARANCYJNEJ (w PLN):
- a) na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia   
b) na jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia
- 17 W odniesieniu do DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę wskazać okres ubezpieczenia:
- a) data od   
b) data do
- 18 W odniesieniu do DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO proszę wskazać wnioskowany zakres podstawowy ubezpieczenia:
- ☐ a) ubezpieczenie w zakresie stanowiącym ubezpieczenie nadwyżkowe ponad obowiązkowego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w zakresie nie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą  
☐ b) ubezpieczenie wyłącznie w zakresie stanowiącym ubezpieczenie nadwyżkowe ponad obowiązkowego ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą  
☐ c) ubezpieczenie wyłącznie w zakresie nie objętym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
- 19 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuję o rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o szkody będące wynikiem stosowania w celach estetycznych (plastycznych) chirurgii plastycznej i wszelkiego rodzaju zabiegów medycyny estetycznej (Klauzula nr 5M)?
- ☐ a) tak  
☒ b) nie
- 20 Proszę podać (w PLN) wysokość podlimitu:
- a) wysokość podlimitu na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia
- 21 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuję o rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody wyrządzone przez podwykonawców bez prawa do regresu (Klauzula nr 13M)?
- ☐ a) tak  
☒ b) nie
- 22 Proszę podać (w PLN) wysokość podlimitu dla:
- a) wysokość podlimitu na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia
- 23 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest KONTYNUACJĄ umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej z Zakładem Ubezpieczeń w zakresie DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU LECZNICZEGO?
- ☐ a) tak  
☐ b) nie
- 24 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuję o zawarcie umowy OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEN MEDYCZNYCH, której obowiązek zawarcia wynika z art. 17 ust. 1 pkt 4b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)?
- ☐ a) tak  
☒ b) nie

- 25 W odniesieniu do OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH, proszę podać wysokość wnioskowanej sumy ubezpieczenia (w PLN):
- a) na wszystkie zdarzenia medyczne w okresie ubezpieczenia
- 26 Proszę wskazać wnioskowany okres ubezpieczenia w umowie OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH:
- a) data od
- b) data do
- 27 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest KONTYNUACJĄ umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych w Zakładzie Ubezpieczeń w zakresie OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH?
- ☐ a) tak
- ☐ b) nie
- 28 Czy PODMIOT LECZNICZY wnioskuje o zawarcie umowy DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH?
- ☐ a) tak
- ☒ b) nie
- 29 W odniesieniu do DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH, proszę podać wysokość wnioskowanej sumy ubezpieczenia (w PLN):
- a) na wszystkie zdarzenia medyczne w okresie ubezpieczenia
- 30 Proszę wskazać wnioskowany okres ubezpieczenia w umowie DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH:
- a) data od
- b) data do
- 31 Czy zawierana umowa ubezpieczenia jest KONTYNUACJĄ umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych w Zakładzie Ubezpieczeń w zakresie DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA NA RZECZ PACJENTÓW Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH?
- ☐ a) tak
- ☐ b) nie
- 34 Proszę podać liczbę pacjentów ? cudzoziemców, którzy korzystali z usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym w ostatnim roku kalendarzowym:
- a) w trybie ambulatoryjnym planowo
- b) w trybie ambulatoryjnym w stanach nagłych
- c) w trybie stacjonarnym planowo
- d) w trybie stacjonarnym w stanach nagłych
- 35 Proszę wskazać najczęstsze specjalności medyczne dotyczące usług zdrowotnych z których korzystali cudzoziemcy w podmiocie leczniczym w ostatnim roku kalendarzowym (1-25)
- ☐ a) 01 -anestezjologia i intensywna terapia
- ☐ b) 02 -audiologia i foniatria
- ☐ c) 03 -chirurgia dziecięca
- ☐ d) 04 -chirurgia klatki piersiowej
- ☐ e) 05 -chirurgia ogólna
- ☐ f) 06 -chirurgia szczękowo - twarzowa
- ☐ g) 07 -choroby wewnętrzne
- ☐ h) 08 -choroby zakaźne
- ☐ i) 09 -dermatologia i wenerologia
- ☐ j) 10 -diagnostyka laboratoryjna
- ☐ k) 11 -genetyka kliniczna
- ☐ l) 12 -kardiologia
- ☐ m) 13 -medycyna nuklearna
- ☐ n) 14 -medycyna pracy
- ☐ o) 15 -medycyna ratunkowa
- ☐ p) 16 -medycyna rodzinna
- ☐ q) 17 -medycyna sądowa
- ☐ r) 18 -medycyna transportu
- ☐ s) 19 -mikrobiologia lekarska
- ☐ t) 20 -neonatologia
- ☐ u) 21 -neurochirurgia
- ☐ v) 22 -neurologia
- ☐ w) 23 -okulistyka
- ☐ x) 24 -onkologia kliniczna

☐ y) 25 -ortopedia i traumatologia narządu ruchu

**36 Proszę wskazać najczęstsze specjalności medyczne dotyczące usług zdrowotnych z których korzystali cudzoziemcy w podmiocie leczniczym w ostatnim roku kalendarzowym (26-50)**

- ☐ a) 26-otorynolaryngologia
- ☐ b) 27-patomorfologia
- ☐ c) 28-pediatrica
- ☐ d) 29\_A - położnictwo
- ☐ e) 29\_B -ginekologia
- ☒ f) 30 -psychiatria
- ☐ g) 31 - radiologia i diagnostyka obrazowa
- ☐ h) 32 - radioterapia onkologiczna
- ☐ i) 33 - rehabilitacja medyczna
- ☐ j) 34 - urologia
- ☐ k) 35 - urologia dziecięca
- ☐ l) 36 - alergologia
- ☐ m) 37 - angiologia
- ☐ n) 38 - balneologia i medycyna fizykalna
- ☐ o) 39 - chirurgia naczyniowa
- ☐ p) 40 - chirurgia onkologiczna
- ☐ q) 41 - chirurgia plastyczna
- ☐ r) 42 - choroby płuc
- ☐ s) 43 - diabetologia
- ☐ t) 44 - endokrynologia
- ☐ u) 45 - epidemiologia
- ☐ v) 46 - farmakologia kliniczna
- ☐ w) 47 - gastroenterologia
- ☐ x) 48 - geriatrya
- ☐ y) 49 - ginekologia onkologiczna
- ☐ z) 50 - hematologia

**37 Proszę wskazać najczęstsze (w kolejności od najczęstszej) specjalności medyczne dotyczące usług zdrowotnych z których korzystali cudzoziemcy w podmiocie leczniczym w ostatnim roku kalendarzowym (51-81)**

- ☐ a) 51 - hipertensjologia
- ☐ b) 52 - immunologia kliniczna
- ☐ c) 53 - kardiologia
- ☐ d) 54 - kardiologia dziecięca
- ☐ e) 55 - medycyna paliatywna
- ☐ f) 56 - medycyna sportowa
- ☐ g) 57 - nefrologia
- ☐ h) 58 - neurologia dziecięca
- ☐ i) 59 - neuropatologia
- ☐ j) 60 - onkologia i hematologia dziecięca
- ☐ k) 61 - otorynolaryngologia dziecięca
- ☐ l) 66 - psychiatria dzieci i młodzieży
- ☐ m) 67 - reumatologia
- ☐ n) 68 - seksuologia
- ☐ o) 69 - toksykologia kliniczna
- ☐ p) 70 - transfuzjologia kliniczna
- ☐ q) 71 - transplantologia kliniczna
- ☐ r) 72 - chirurgia stomatologiczna
- ☐ s) 73 - ortodoncja
- ☐ t) 74 - periodontologia
- ☐ u) 75 - protetyka stomatologiczna
- ☐ v) 76 - stomatologia dziecięca
- ☐ w) 77 - stomatologia zachowawcza z endodoncją
- ☐ x) 78 - zdrowie publiczne
- ☐ y) 80- pielęgniarstwo rodzinne
- ☐ z) 81-pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących

**38 Proszę wskazać najczęstsze (w kolejności od najczęstszej) specjalności medyczne dotyczące usług zdrowotnych z których korzystali cudzoziemcy w podmiocie leczniczym w ostatnim roku kalendarzowym (82-107)**

- ☐ a) 82-pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
- ☐ b) 83-pielęgniarstwo zachowawcze
- ☐ c) 84-pielęgniarstwo geriatryczne
- ☐ d) 85-pielęgniarstwo kardiologiczne
- ☐ e) 86-pielęgniarstwo nefrologiczne
- ☐ f) 87-pielęgniarstwo diabetologiczne
- ☐ g) 88-pielęgniarstwo pediatryczne
- ☐ h) 89-pielęgniarstwo chirurgiczne
- ☐ i) 90-pielęgniarstwo operacyjne
- ☐ j) 91-pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
- ☐ k) 92-pielęgniarstwo onkologiczne
- ☐ l) 93-pielęgniarstwo psychiatryczne
- ☐ m) 94-pielęgniarstwo opieki długoterminowej
- ☐ n) 95-pielęgniarstwo neurologiczne
- ☐ o) 96-pielęgniarstwo opieki paliatywnej
- ☐ p) 97-pielęgniarstwo ratunkowe
- ☐ q) 98-pielęgniarstwo promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
- ☐ r) 99-pielęgniarstwo neonatologiczne
- ☐ s) 100-pielęgniarstwo epidemiologiczne
- ☐ t) 101-położnictwo
- ☐ u) 102-położnictwo rodzinne
- ☐ v) 103-położnictwo ginekologiczne
- ☐ w) 104-epidemiologia
- ☐ x) 105-fizjoterapia
- ☐ y) 106-fizyka medyczna
- ☐ z) 107-promocja zdrowia i edukacja zdrowotna

**39 Proszę wskazać najczęstsze (w kolejności od najczęstszej) specjalności medyczne dotyczące usług zdrowotnych z których korzystali cudzoziemcy w podmiocie leczniczym w ostatnim roku kalendarzowym (108-114)**

- ☐ a) 108-psychologia kliniczna
- ☐ b) 109-neurologopedia
- ☐ c) 110-zdrowie środowiskowe
- ☐ d) 111-toksykologia
- ☐ e) 112- mikrobiologia
- ☐ f) 113-radiofarmacja
- ☐ g) 114-surdologopedia

**40 Proszę podać nazwy państw (w kolejności od najczęściej występującego) których pacjenci cudzoziemcy korzystali z usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym w ostatnim roku kalendarzowym**

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

**41 Czy personel lekarski udzielający świadczeń medycznych w trybie planowym posiada umiejętność efektywnej komunikacji pisemnej i ustnej w języku narodowym (kraju, którego pacjent / ka jest obywatelem)**

- ☐ a) TAK
- ☐ b) NIE

**42 Czy personel lekarski udzielający świadczeń medycznych w trybie planowym posiada umiejętność efektywnej komunikacji pisemnej i ustnej w języku angielskim**

- ☐ a) TAK

☐ b) NIE

43 Czy personel pielęgniarstwa udzielający świadczeń medycznych w trybie planowym posiada umiejętność efektywnej komunikacji pisemnej i ustnej języku narodowym (kraju, którego pacjent / ka jest obywatelem)

☐ a) TAK

☐ b) NIE

44 Czy druki formularzy informacji dla pacjenta i świadomej zgody pacjenta na zabiegi operacyjne i zabiegi o podwyższonym ryzyku sporządzone są w języku narodowym kraju, którego pacjent / ka jest obywatelem

☐ a) TAK

☐ b) NIE

45 Czy druki formularzy informacji dla pacjenta i świadomej zgody pacjenta na zabiegi operacyjne i zabiegi o podwyższonym ryzyku sporządzone są w języku angielskim

☐ a) TAK

☐ b) NIE

46 Czy szpital zapewnia osobę dedykowaną do kontaktów pacjenta cudzoziemca z personelem (indywidualny opiekun/przewodnik pacjenta)

☐ a) TAK

☐ b) NIE

47 Czy personel pielęgniarstwa udzielający świadczeń medycznych w trybie planowym posiada umiejętność efektywnej komunikacji i ustnej w języku angielskim TAK / NIE

☐ a) TAK

☐ b) NIE

100 Oświadczam, że podane powyżej dane oraz dane zawarte w ankietach oceny ryzyka są prawdziwe oraz, że nie zostały zniekształcone ani pominięte jakiegokolwiek istotne fakty.

☒ a) tak

101 Informacje o osobie, miejscu i dacie złożenia oświadczenia:

a) Proszę podać imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Józef Długon

b) Proszę podać nazwę miejscowości złożenia oświadczenia

Jarosław

c) Proszę podać datę złożenia oświadczenia

2016-01-08