Załącznik do oświadczenia świadczeniobiorcy

**ANKIETA**

**1) Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego:** ………………………………………………………………………………………………….………………………………… ……………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..……..

**2) Miejsce udzielania świadczeń:**

A. Fizjoterapia ambulatoryjna:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B. Fizjoterapia domowa:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3) Deklarowany czas pracy komórki:**

A. Fizjoterapia ambulatoryjna:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B. Fizjoterapia domowa:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4) Deklarowana liczba etatów przeliczeniowych personelu uprawnionego do realizacji świadczeń:**

A. Fizjoterapia ambulatoryjna:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B. Fizjoterapia domowa:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Wymagania dotyczące programu fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19** **- warunki ambulatoryjne** |
| **l.p.** | **Wymagania formalne** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| 1 | Podmiot ubiegający się o możliwości realizacji programu jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, odpowiadającej realizacji fizjoterapii ambulatoryjnej, wpisanym do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711).  |  |  |
| 2 | Podmiot posiada podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.  |  |  |
| **l.p.** | **Personel** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| l | Świadczenia udzielane będą przez fizjoterapeutę w wymiarze co najmniej 1 etatu w zadeklarowanym czasie pracy gabinetu. Wymagane jest zapewnienie nadzoru magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3- letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty. |  |  |
| **l.p.** | **Organizacja udzielania świadczeń** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| 1 | Na 1 etat przeliczeniowy fizjoterapeuty w ciągu jednego dnia pracy możliwa jest realizacja świadczeń u nie więcej niż 14 świadczeniobiorców. |  |  |
| **l.p.** | **Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| 1 | pulsoksymetr napalcowy |  |  |
| 2 | pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku) |  |  |
| 3 | aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi |  |  |
| 4 | stoper |  |  |
| 5 | korytarz o długości min. 30 m lub step (wysokość nie mniej niż 20 cm) |  |  |
| 6 | sprzęt do treningu o zmiennym oporze |  |  |
| 7 | cykloergometr |  |  |
| **Wymagania dotyczące programu fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19** **- warunki domowe** |
| **l.p.** | **Wymagania formalne** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| 1 | Podmiot ubiegający się o możliwości realizacji programu jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, odpowiadającej realizacji fizjoterapii w warunkach domowych, wpisanym do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711).  |  |  |
| 2 | Podmiot posiada podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia domowa.  |  |  |
| **l.p.** | **Personel** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| l | Świadczenia udzielane są przez fizjoterapeutę w wymiarze co najmniej 1 etatu w zadeklarowanym czasie pracy komórki. |  |  |
| **l.p.** | **Organizacja udzielania świadczeń** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| 1 | Na 1 etat przeliczeniowy fizjoterapeuty w ciągu jednego dnia pracy możliwa jest realizacja świadczeń u nie więcej niż 7 świadczeniobiorców |  |  |
| **l.p.** | **Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną** | **Spełniam** **wymagania** | **Nie spełniam****wymagań** |
| 1 | pulsoksymetr napalcowy |  |  |
| 2 | pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku) |  |  |
| 3 | aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi |  |  |
| 4 | stoper |  |  |

…………………………………………………………

 (data i podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania podmiotu leczniczego)