

**MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**

DEPARTAMENT ZDROWIA

**MSWiA-36a****Sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego****za rok 2018**

Termin przekazania: 11 luty 2019 r.

Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA	Nazwa i adres zakładu leczniczego	Nazwa jednostki organizacyjnej
Numer księgi rejestrowej SP ZOZ MSWiA	REGON zakładu leczniczego	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V)
TERYT SP ZOZ MSWiA	TERYT zakładu leczniczego	TERYT jednostki organizacyjnej

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 997, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2018 (Dz. U. poz. 2471).

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kody resortowego wpisać symbol 99.

**Dział 1. Informacje ogólne o działalności**

Proszę wybrać prawidłową odpowiedź.

<b>Zakład usytuowany przy:</b>			
szpitalu psychiatrycznym	1	tak	nie
poradni zdrowia psychicznego	2	tak	nie
inne	3	tak	nie

**Dział 2. Personel działalności podstawowej (w osobach, stan w dniu 31.12.)**

Wyszczególnienie	Udzielający świadczeń ogółem <sup>1)</sup>	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy <sup>2)</sup>		Pracujący na podstawie umowy cywilnoprawnej	
		ogółem	w tym pełnozatrudnieni	ogółem	w tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo
0	1	2	3	4	5
Lekarze ogółem	01				
w tym: psychiatry I st.	02				
psychiatry II st. i specjaliści psychiatry	03				
Pielegniarki ogółem	04				
w tym: ze specjalizacją z psychiatrii	05				
po kursie kwalifikacyjnym z psychiatrii	06				
Psycholodzy	07				
Specjaliści terapii uzależnień	08				
Instruktorzy terapii uzależnień	09				
Terapeuci zajęciowi	10				
Pracownicy socjalni	11				
Inni terapeuci (jacy?) .....	12				
Psychoterapeuci z certyfikatem (niezależnie od wykazania ich w innych ww. kategoriach)	13				

<sup>1)</sup> Bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna) i wymiar czasu pracy.

<sup>2)</sup> Zatrudnieni – na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.)).



**Dział 4. Działalność zespołu**

Wyszczególnienie		Liczba wizyt w środowisku chorego (dom, praca, szkoła, itp.)	Liczba wizyt w zespole	Liczba wizyt ogółem (kol. 1 + kol. 2)
0		1	2	3
Lekarze	1			
Pielęgniarki	2			
Psycholodzy	3			
Inni terapeuci	4			
Pracownicy socjalni	5			

**Dział 5. Okres sprawowania opieki nad pacjentem w ciągu roku<sup>1)</sup>**

Okres opieki nad pacjentem		Liczba pacjentów
0		1
Ogólna liczba pacjentów, w tym leczenia:	1	
nie dłużej niż 1 miesiąc	2	
od 1 do 3 miesięcy	3	
od 3 do 6 miesięcy	4	
powyżej 6 miesięcy	5	

<sup>1)</sup> Dotyczy wszystkich pacjentów z kol. 1 działu 3.

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb formularza	1	
Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza	2	

.....  
(imię, nazwisko i telefon osoby,  
która sporządziła sprawozdanie)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)