

MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

DEPARTAMENT ZDROWIA

MSWiA-38**Sprawozdanie z działalności działów usprawniania leczniczego****za rok 2024**

Termin przekazania: 10 lutego 2025 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 2023 r. poz. 773, z późn.zm.).

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

Dział 1.

Wyszczególnienie		Ogółem
0		1
Liczba osób usprawnianych ¹⁾	01	

¹⁾ Proszę każdą osobę liczyć jeden raz, niezależnie od liczby wykonanych zabiegów.

Dział 2. Zabiegi lecznicze

Rodzaj zabiegu		Liczba zabiegów
0		1
Kąpiele mineralne	01	
Kąpiele CO ₂	02	
Zabiegi borowinowe	03	
Wziewania (inhalacje)	04	
w tym inhalacje lekiem	05	
Masaże	06	
Krioterapia	07	
Elektrolecznictwo	08	
Światłolecznictwo	09	
Wodolecznictwo	10	
Kinezyterapia	11	
Zabiegi parafinowe	12	
Inne	13	
Ogółem (suma wierszy 1-4 i 6-13)	14	

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)

.....
(miejscowość i data)

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