

A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa

Imię i nazwisko osoby reprezentującej Podmiot Leczniczy

Adres email

Ulica, nr budynku

Miejscowość

Kod pocztowy

Kod świadczeniodawcy wg NFZ

Numer księgi rejestrowej podmiotu
wykonującego działalność leczniczą

Kod formy organizacyjno-prawny (część IV kodu resortowego)

Dane osoby do kontaktu:

Imię i nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

B. INFORMACJA O ŚWIADCZENIACH GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOT LECZNICZY W RODZAJU REHABILITACJA LECZNICZA W 2015 R.

B1. Deklaracja zakresu świadczenia, z którego zostaną przekazane dane w układzie określonym przez Agencję.

* - Zaznaczenie pola wyboru będzie jednoznaczne z udzieleniem odpowiedzi TAK, pozostawienie pola nieoznaczonego będzie traktowane jako odpowiedź NIE

Kod i nazwa zakresu świadczenia kontraktowego	Informacje* finansowo-księgowe	Informacje* niefinansowe
05.1300.207.02 - Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna		
05.1310.208.02 - Fizjoterapia ambulatoryjna		
05.1311.208.02 - Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci		
05.1310.209.02 - Fizjoterapia domowa		
05.2300.022.02 - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym		
05.2301.022.02 - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci		
05.2300.021.02 - Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym		
05.2300.023.02 - Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy		
05.2300.024.02 - Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku		
05.2300.026.02 - Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym		
05.2300.025.02 - Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym		
05.4300.300.02 - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych		
05.4301.300.02 - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci		
05.4300.309.02 - Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych		
05.4301.309.02 - Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych dla dzieci		
05.4306.300.02 - Rehabilitacja neurologiczna		
05.4307.300.02 - Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci		
05.4308.300.02 - Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych		
05.4306.301.02 - Leczenie dzieci ze śpiączką		

Odpowiedź w kolumnie informacje finansowo-księgowe dotyczy przekazania danych, z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów, zawierających co najmniej:

- koszty według rodzaju tj: leków, wyrobów medycznych, wynagrodzeń wynikających z umów o pracę, umów cywilno-prawnych, kontraktów dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne),
- koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej,
- koszty ogólnego zarządu,
- koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIp) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.

Odpowiedź w kolumnie informacje niefinansowe dotyczy przekazania wybranych danych takich

- roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, umowy cywilno-prawne, kontrakty dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne)
- wykaz środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIp), w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych, przypisanych do ośrodka powstawania kosztów,

B2. Łączna liczba podstawowych medycznych OPK realizujących świadczenia gwarantowane w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz OPK działalności medycznej pomocniczej realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz powyższych ośrodków, z których zostaną przekazane dane finansowo-księgowe za rok 2015 w układzie określonym przez Agencję.

Uwaga: Przez ośrodki medyczne rozumiemy komórki organizacyjne wynikające z pkt 1,2,4,7 i 9 załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania. Wyłączeniu podlegają ośrodki powstawania kosztów takie jak: sterylizatornia, przechowalnia zwłok, prosektorium, apteka szpitalna/zakładowa/dział farmacji, kuchnia, pralnia, dział administracyjny, statystyczny itd., magazyn, lekarz zakładowy, zakład usprawnienia leczniczego, nadzór medyczny czy ośrodek medyczny ogólnego nadzoru itd., obsługa medyczna

B3. Prosimy wypełnić Listę OPK, z których zostaną przekazane dane zgodnie z załącznikiem do ankiety

C. DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych kosztowych:

Odpłatnie

Nieodpłatnie

D. WPROWADZENIE STANDARDU RACHUNKU KOSZTÓW

Czy będziecie Państwo wprowadzać standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców już od 2016 r.?:

TAK

NIE

Jeśli NIE to od kiedy bylibyście państwo w stanie wprowadzić standard rachunku kosztów, o którym mowa powyżej?

E. ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA PACJENTA

Czy prowadzą Państwo elektroniczną dokumentację pacjenta?:

TAK

NIE

Jeśli NIE to od kiedy bylibyście Państwo w stanie wprowadzić elektroniczną dokumentację pacjenta?

data, miejscowość i podpis osoby
upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

DANE DO UMOWY

Prosimy o wypełnienie tylko jednej komparycji do umowy właściwej ze względu na formę prawną prowadzonej przez Państwa działalności.

Typ działalności

F1) OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Seria i numer dowodu
osobistego

Nazwa prowadzonej
działalności
gospodarczej

Adres siedziby prowadzonej działalności gospodarczej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

NIP

REGON

F2) SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Numer KRS

Nazwa sądu
prowadzącego rejestr
przedsiębiorstw

Siedziba sądu -
miejscowość

Numer wydziału
Gospodarczego
Krajowego Rejestru
Sądowego

NIP

REGON

Wysokość kapitału
zakładowego

Imię i nazwisko oraz
funkcja osoby
reprezentującej

F3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Numer KRS

Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw

Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego Siedziba sądu - miejscowość

NIP REGON

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej

F4) SPÓŁKA CYWILNA Wspólnik 1:

Imię Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

NIP REGON

Czy wspólnik reprezentuje spółkę tak
nie

Wspólnik 2:

Imię	Nazwisko
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer PESEL	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON
Czy wspólnik reprezentuje spółkę	tak nie
Nazwa działalności wspólnej na podstawie umowy spółki cywilnej	

Adres siedziby spółki:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

F5) STOWARZYSZENIE, PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDOROWOTNEJ, FUNDACJA

Pełna nazwa podmiotu

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego KRS	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

F6) INNA FORMA PRAWNA

Inna forma prawna

F7) GENERATOR UMOWY (wypełniane automatycznie)

Treść komparycji