

WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

I WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

.....
nazwa i siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej

CZĘŚĆ A
WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

DANE EWIDENCYJNE

Nazwisko i imiona

 LEKARZ

 LEKARZ DENTYSTA

Członek OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

numer rejestru

w

 - -
PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT

Okres	Miejsce	Stanowisko

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY
 Opinia organu sanitarnego

 Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji

 Potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia

 Inne

Data

Podpis

KSEROKOPIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
(strony zawierające dane osobowe, potwierdzenie wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej,
posiadanych specjalizacji i umiejętności medycznych)
LUB POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

CZĘŚĆ B* NR

DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

NR AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

Nazwisko i imiona

ADRES PRAKTYKI / MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks

RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

Data

Podpis

* Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka lekarska

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB PODMIOT ZAWIERAJĄCY UMOWĘ
UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA**

<input type="checkbox"/> AKT WŁASNOŚCI	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA

SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA

Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię

*MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ			
Województwo	Powiat	Gmina	
Ulica i nr domu / nr lokalu			Kod pocztowy <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> – <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks	Sposób przyjmowania wezwań
*MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI / NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI			
Województwo	Powiat	Gmina	
Ulica i nr domu / nr lokalu			Kod pocztowy <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> – <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks	
*Wypełnia lekarz wykonujący praktykę wyłącznie w miejscu wezwania			

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB PODMIOT ZAWIERAJĄCY UMOWĘ**DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA**

Nazwa	Ilość

DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

Data	Podpis wnioskodawcy / podpis i pieczęć podmiotu zawierającego umowę
------	---

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

**OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIAJĄCYCH
UDZIELANIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Nazwa organu

Data – –

SPRAWOZDANIE ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr		ORL z dnia	
--	--	------------	--

w składzie

Przeprowadził w dniu		wizytację pomieszczenia
----------------------	--	-------------------------

i dokonał oceny pomieszczenia, urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej / środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji

Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 2 lub ust. 5a pkt 2 i 3 ustawy o zawodzie lekarza

Zespół stwierdza rozbieżność następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym

Opinia zespołu o możliwości udzielania deklarowanych świadczeń zdrowotnych z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza

Data

Podpisy członków zespołu

UWAGI

--

CZĘŚĆ C
WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

<input type="checkbox"/>	Numer uchwały ORL		z dnia																					
<input type="checkbox"/>	Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej																							
<input type="checkbox"/>	Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania																							
	przez Panią/Pana																							
	I wpisano praktykę do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich pod nr		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					
<input type="checkbox"/>	Nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej (uzasadnienie w załączniku)																							
Data		Podpis i pieczęć																						

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

--	--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYKI Z REJESTRU

Uchwałą ORL nr		z dnia																					
cofnięto zezwolenie oraz skreślono z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich praktykę wykonywaną																							
przez Panią/Pana																							
zarejestrowaną pod numerem	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					w związku z:	
<input type="checkbox"/>	skreśleniem z listy członków Izby		z dniem																				
<input type="checkbox"/>	złożeniem oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki		w dniu																				
<input type="checkbox"/>	niespełnieniem wymogów art. 50 ust. 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1 i 2 lub ust. 4 pkt 2 lub ust. 5a pkt 2 i 3 ustawy o zawodzie lekarza		z dniem																				
<input type="checkbox"/>	zawieszeniem prawa wykonywania zawodu		w dniu																				
Data		Podpis i pieczęć																					