

**WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ
PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DZIEDZINIE**

WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

I WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

.....
nazwa i siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej

CZĘŚĆ A

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

NR AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

DANE EWIDENCYJNE

Nazwisko i imiona	
<input type="checkbox"/> LEKARZ	<input type="checkbox"/> LEKARZ DENTYSTA
Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ	
W	numer rejestru [][] – [][] – [][][][][][][][][][]
Posiadana specjalizacja	
Posiadana specjalizacja	
Posiadana specjalizacja	
Posiadana umiejętność medyczna	
Posiadana umiejętność medyczna	

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT

Okres	Miejsce	Stanowisko

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Opinia organu sanitarnego	<input type="checkbox"/> Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji
<input type="checkbox"/> Potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia	<input type="checkbox"/> 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)

dziedzina medycyny

dziedzina medycyny

dziedzina medycyny

Data

Podpis

* Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna specjalistyczna 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: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> – <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> – <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks	
*Wypełnia lekarz wykonujący praktykę wyłącznie w miejscu wezwania			

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			
<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania																							
	w dziedzinach																							
	przez Panią/Pana																							
	I wpisano praktykę do rejestru indywidualnych specjalistycznych 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 specjalistycznej 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																					