



KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

uczestnictwa w projekcie pn.:

„Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”

IV EDYCJA – DODATKOWA REKRUTACJA

Prosimy o staranne i czytelne wypełnienie całego kwestionariusza. W polach wyboru proszę zakreślić kwadrat przy prawidłowej odpowiedzi. W miejscach wykropkowanych (...) proszę wpisać odpowiednie dane i informacje. Prosimy o podanie **dokładnej, pełnej nazwy** podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej oraz zakładu/zakładów leczniczego/leczniczych.

Wypełniony kwestionariusz, **podpisany** przez Kierownika lub osobę upoważnioną do podejmowania decyzji, opatrzony pieczęcią imienną i pieczęcią podmiotu leczniczego, proszę dostarczyć osobiście, za pośrednictwem poczty lub kuriera w zaklejonej kopercie z dopiskiem: **„DODATKOWA REKRUTACJA POZ DO PROJEKTU – IV EDYCJA”**, w terminie **do 20.09.2019 r. do godz. 15.00**, na adres:

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia ul. Kapelanka 60, 30-347 Kraków,
II piętro, pokój nr 217

I. DANE PODSTAWOWE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Pełna nazwa Podmiotu Leczniczego lub praktyki zawodowej (zgodne z zapisem w księdze rejestrowej)	...
Imię i nazwisko Kierownika podmiotu leczniczego lub osoby upoważnionej do podejmowania decyzji w praktyce zawodowej	...
NIP	...
REGON	...
Nr KRS	...
CEIDG	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
Nr księgi rejestrowej podmiotów leczniczych / praktyk zawodowych	...
Kraj	...
Województwo	...
Powiat	...
Gmina	...
Miejscowość	...
Ulica	...
Nr budynku	...
Nr lokalu	...
Kod pocztowy	...
Nr tel. (Kierownik)	...
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	...
Liczba Zakładów Leczniczych w strukturze Podmiotu Leczniczego udzielających świadczeń w zakresie poz	...

II. DANE ZAKŁADU LECZNICZEGO UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (JEDNOSTKI POZ) *

Pełna nazwa Zakładu Leczniczego (zgodne z zapisem w księdze rejestrowej)	...
Imię i nazwisko Kierownika Zakładu Leczniczego lub osoby upoważnionej	...
Województwo	...
Powiat	...
Gmina	...
Miejscowość	...
Ulica	...
Nr budynku	...
Nr lokalu	...
Kod pocztowy	...
Nr tel. (Kierownik)	...
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	...
Adres strony www	...
Liczba miejsc (adresów), w których udzielane są świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	...
Lokalizacje (dokładne adresy) wszystkich miejsc, w których udzielane są świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wraz z nazwami i rodzajem usług

* **UWAGA!**

- Jeżeli w strukturze Podmiotu Leczniczego jest kilka Zakładów Lecznicznych (>1) udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (jednostek POZ), Podmiot Leczniczy składa całe kompletne Kwestionariusze Rekrutacyjne dla każdego Zakładu Leczniczego oddzielnie.

III. DANE SZCZEGÓLWE ZAKŁADU LECZNICZEGO UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (JEDNOSTKI POZ) *

Finansowanie ze środków publicznych – kontrakt z NFZ w zakresie POZ	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Liczba zadeklarowanych pacjentów zweryfikowana przez NFZ (stan na 01.08.2019 r.) (DOTYCZY DEKLARACJI DO LEKARZA)	Liczba pacjentów ogółem: ... w tym: <19. r.ż. ... >65. r.ż. ...	
Zakres realizowanych świadczeń POZ (w ramach kontraktu z NFZ):		
świadczenia lekarza POZ	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
świadczenia pielęgniarki POZ	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> Forma realizacji świadczeń: w ramach jednostki <input type="checkbox"/> umowa z podmiotem zewnętrznym <input type="checkbox"/>
świadczenia położnej POZ	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> Forma realizacji świadczeń: w ramach jednostki <input type="checkbox"/> umowa z podmiotem zewnętrznym <input type="checkbox"/>
świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej w środowisku nauczania i wychowania	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> Forma realizacji świadczeń: w ramach jednostki <input type="checkbox"/> umowa z podmiotem zewnętrznym <input type="checkbox"/>
Czy w jednostce POZ prowadzony jest program szczepień profilaktycznych dla dzieci?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Czy w jednostce POZ prowadzony jest program szczepień profilaktycznych dla dorosłych?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Czy w każdym miejscu (adresie) świadczenia usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest gabinet zabiegowy z możliwością pobierania materiału do badań laboratoryjnych?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma możliwość dokonania rejestracji na wizytę telefonicznie?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Czy pacjent ma możliwość dokonania rejestracji na wizytę elektronicznie?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Czy wszystkie miejsca we wszystkich lokalizacjach (adresach) świadczenia POZ w podmiocie są dostępne dla osób z niepełnosprawnościami	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>

* **UWAGA!**

1. Proszę wpisywać dane odnoszące się do podstawowej opieki zdrowotnej.

IV. STRUKTURA ZATRUDNIENIA W JEDNOSTCE POZ *

Liczba wszystkich osób pracujących w jednostce POZ ogółem (<i>personel medyczny i niemedyczny, bez względu na formę zatrudnienia</i>)	...
Zatrudnienie osób z niepełnosprawnościami	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
LEKARZE	
Liczba wszystkich lekarzy pracujących w jednostce POZ	...
liczba specjalistów medycyny rodzinnej	...
liczba specjalistów chorób wewnętrznych (z wyłączeniem specjalistów medycyny rodzinnej)	...
liczba specjalistów pediatrii (z wyłączeniem specjalistów medycyny rodzinnej)	...
liczba rezydentów medycyny rodzinnej	...
Liczba lekarzy w przeliczeniu na etat	...
Liczba lekarzy POZ (definicja zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej)	...
Liczba lekarzy POZ przyjmujących deklaracje w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach jednostki POZ	...
PIELĘGNIARKI	
liczba pielęgniarek POZ zatrudnionych w jednostce POZ	...
liczba pielęgniarek POZ w ramach usługi zewnętrznej	...
POŁOŻNE	
liczba położnych POZ zatrudnionych w jednostce POZ	...
liczba położnych POZ w ramach usługi zewnętrznej	...
PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNE	
liczba pielęgniarek lub higienistek szkolnych w środowisku nauczania i wychowania zatrudnionych w jednostce POZ	...
liczba pielęgniarek lub higienistek szkolnych w środowisku nauczania i wychowania w ramach usługi zewnętrznej	...

*** UWAGA!**

1. Proszę wpisywać dane odnoszące się do osób pracujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

V. DOKUMENTACJA MEDYCZNA W JEDNOSTCE POZ *

<p>Czy indywidualna dokumentacja medyczna lekarska jest prowadzona w formie elektronicznej przez wszystkich lekarzy i we wszystkich lokalizacjach (adresach) świadczenia POZ w podmiocie? (Dopuszczone wyłączenie formy elektronicznej w trakcie wizyt domowych, pod warunkiem uzupełniania danych z wizyty w formie elektronicznej w kolejnym dniu pracy.)</p>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
<p>Czy indywidualna dokumentacja medyczna pielęgniarki POZ jest prowadzona w formie elektronicznej przez wszystkie pielęgniarki? (Dopuszczone wyłączenie formy elektronicznej w trakcie wizyt domowych, pod warunkiem uzupełniania danych z wizyty w formie elektronicznej w kolejnym dniu pracy.)</p>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
<p>Czy indywidualna dokumentacja medyczna położnej POZ jest prowadzona w formie elektronicznej przez wszystkie położne POZ? (Dopuszczone wyłączenie formy elektronicznej w trakcie wizyt domowych, pod warunkiem uzupełniania danych z wizyty w formie elektronicznej w kolejnym dniu pracy.)</p>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
<p>Czy zbiorcza dokumentacja medyczna lekarska jest prowadzona w formie elektronicznej we wszystkich lokalizacjach (adresach) świadczenia POZ w podmiocie?</p>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
<p>Czy zbiorcza dokumentacja medyczna pielęgniarki POZ jest prowadzona w formie elektronicznej we wszystkich lokalizacjach (adresach) świadczenia POZ w podmiocie?</p>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
<p>Czy zbiorcza dokumentacja medyczna położnej POZ jest prowadzona w formie elektronicznej we wszystkich lokalizacjach (adresach) świadczenia POZ w podmiocie?</p>	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>

*** UWAGA!**

1. Proszę wpisywać dane odnoszące się do podstawowej opieki zdrowotnej.

VI. DOTYCHCZASOWE DZIAŁANIA PODEJMOWANE W JEDNOSTCE POZ NA RZECZ POPRAWY JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI *

Czy Zakład Lecznicy był zgłaszany w poprzednich edycjach naboru do Projektu?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Czy jednostka POZ posiada aktualny, lub posiadała w przeszłości certyfikat akredytacyjny przyznawany przez Ministra Zdrowia, o którym mowa w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> Data uzyskania ...
Czy jednostka posiada inne certyfikaty jakości?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> Jakie? ...
Czy pracownicy jednostki POZ uczestniczyli w szkoleniach w zakresie standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> Jakich? ... Ile osób? ...
Czy pracownicy jednostki POZ uczestniczyli w przeglądzie akredytacyjnym w jednostce POZ w charakterze obserwatora, wizytatora, lub wizytatora wiodącego?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> W jakim charakterze? ... Ile osób? ...

*** UWAGA!**

Proszę dołączyć kserokopie stosownych Certyfikatów lub Zaświadczeń potwierdzających spełnienie określonych kryteriów.

VII. DANE OSOBY DO KONTAKTU Z CMJ W SPRAWIE AKREDYTACJI PODMIOTU POZ

Imię i Nazwisko	...
Stanowisko	...
Nr tel.	...
Nr tel. komórkowego	...
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	...

VIII. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

(zgodnie z zapisami § 5 ust 3. Regulaminu rekrutacji)

LP.	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	Liczba stron
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...

IX. KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Poniżej znajdzie Pan/i ogólne zasady, zgodnie z którymi przetwarzamy dane osobowe, a w konkretnych sytuacjach służyć będziemy szczegółowymi informacjami na interesujący Pana/Panią temat. Gdyby któryś z poniższych zapisów wydał się niejasny lub wzbudził wątpliwości - prosimy napisać na adres mailowy odo@cmj.org.pl.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych (dalej: "Administrator") jest Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie (30-347) przy ul. Kapelanka 60

DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

Jako Administrator wyznaczaliśmy inspektora ochrony danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych przez nas oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych poprzez adres email: odo@cmj.org.pl, lub pisemnie na adres: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, ul. Kapelanka 60, 30-347 Kraków z dopiskiem "Dane osobowe".

CELE PRZETWARZANIA ORAZ PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA

- Pana/Pani dane będą przetwarzane w celu sprawnego dokonania wiarygodnej oceny podmiotu leczniczego biorącego udział w rekrutacji do projektu.
- Podstawą do przetwarzania innych danych osobowych jest konieczność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora; uzasadnionym interesem Administratora jest sprawna i wiarygodna ocena podmiotu biorącego udział w rekrutacji do projektu.

ODBIORCA DANYCH

Odbiorcą danych jest Administrator.

OKRESY PRZEZ KTÓRY DANE BĘDĄ PRZECHOWYWANE

- Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
- Dane osobowe nie będą przetwarzane dla określonego celu jeżeli zgłoszony i uznany zostanie Pana/Pani sprzeciw wobec takiego przetwarzania.

PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

- Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania.
- Może Pan/i wnieść sprzeciw wobec przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.
- Przysługuje Panu/Pani również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

X. OŚWIADCZENIA:**Oświadczenie Kierownika podmiotu lub osoby upoważnionej do podejmowania decyzji w praktyce zawodowej**

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem dodatkowej rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”.

Oświadczam, iż dane podane w Kwestionariuszu Rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą powoduje odpowiedzialność.

<i>Miejscowość i data wypełnienia</i>	...
<i>Podpis i pieczęćka Kierownika Podmiotu Leczniczego lub osoby upoważnionej w praktyce zawodowej</i>	...
<i>Pieczęćka Podmiotu Leczniczego</i>	...

Autoryzuje Kierownik Podmiotu Leczniczego (lub osoba upoważniona do podejmowania decyzji w praktyce zawodowej), wskazany w dziale I.

Potwierdzam zapoznanie się z informacjami zawartymi w dziale IX.- KLAUZULA INFORMACYJNA RODO.

<i>Data i podpis Kierownika Podmiotu Leczniczego lub osoby upoważnionej w praktyce zawodowej</i>	...
--	-----

Autoryzuje Kierownik Zakładu Leczniczego (lub osoba upoważniona), wskazany w dziale II.

Potwierdzam zapoznanie się z informacjami zawartymi w dziale IX.- KLAUZULA INFORMACYJNA RODO.

<i>Data i podpis Kierownika Podmiotu Leczniczego lub osoby upoważnionej w praktyce zawodowej</i>	...
--	-----

Autoryzuje osoba do kontaktu z CMJ w sprawie akredytacji, wskazana w dziale VII.

Potwierdzam zapoznanie się z informacjami zawartymi w dziale IX.- KLAUZULA INFORMACYJNA RODO.

<i>Data i podpis osoby do kontaktu z CMJ w sprawie akredytacji</i>	...
--	-----