

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA				
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej		MZ-29A Sprawozdanie o działalności zakładu długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej.		Adresat:
Numer identyfikacyjny REGON				Przekazać do 30 stycznia 2010 r. za rok 2009
/część I resortowego kodu identyfikacyjnego/				
KOD RESORTOWY	_____	_____	_____	_____
	miejsce położenia zakładu /część II –TERYT/	kod podmiotu który, utworzył zakład /część III/	kod jednostki organizacyjnej /część VI/	Nr księgi rejestrowej

Sprawozdanie wypełniają placówki zarejestrowane w RZOZ z kodami: 5160, 5161, 5162, 5163, 5170, 5171, 5172, 5180, 5260, 5272, 5360.

Uwaga! Danych wykazanych w sprawozdaniu MZ29A nie należy wykazywać w sprawozdaniach MZ12, MZ29 i MZ30.

Część I. Dane dla całego zakładu

Dział 1. Kadra (w osobach) – stan w dniu 31 XII

Osoby prowadzące (będące właścicielami) prywatne gabinety, praktyki lekarskie, pielęgniarskie oraz położnych, a także właściciele zakładów niepublicznych, powinny być wykazane tylko w rubryce 1.

Wyszczególnienie	Udzielający świadczeń ogółem (w osobach, stan w dniu 31.12.2009 r.)	W tym			
		zatrudnieni na podstawie stosunku pracy ¹⁾			Zatrudnieni w ramach umowy cywilnoprawnej (w osobach, stan w dniu 31.12.2009 r.)
		razem (w osobach)	z kolumny 2 zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy	opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	
0	1	2	3	4	5
Ogółem	01				
w tym:					
lekarze	02				
pielęgniarki	03				
psycholodzy	04				
pedagodzy	05				
rehabilitanci	06				
opiekunowie	07				
pracownicy socjalni	08				
salowe	09				

Liczba osób pracujących na zasadach wolontariatu

¹⁾ zatrudnieni na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.))

Dział 2. Struktura wieku przebywających w dniu 31 grudnia 2009 roku (dla wszystkich oddziałów łącznie)

Wyszczególnienie		Stan pacjentów w dniu 31.XII					
		Opieka stacjonarna		Opieka domowa		Opieka dzienna	
		ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
0		1	2	3	4	5	6
Liczba pacjentów w dniu 31.XII	01						
z wiersza 01	w wieku	do 18 lat	02				
		19 – 40	03				
		41 – 60	04				
		61 – 74	05				
		75 lat i więcej	06				
pacjenci, którzy nie opuszczają łóżek		07				X	X

Dział 4. Opieka domowa

Wyszczególnienie		Kod oddziału	Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego		Osobodni pobytu	
			ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
0		1	2	3	4	5
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	1	5160				
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	2	5161				
Zakład/oddział Pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	3	5162				
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	4	5163				
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	5	5170				
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży	6	5171				
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	7	5172				
Hospicjum stacjonarne	8	5180				
Zakład/oddział dzienny pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	9	5260				
Zakład/oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	10	5272				
Zespół opieki domowej	11	5360				

Dział 5. Opieka dzienna

Wyszczególnienie		Kod oddziału	Miejsca (stan w dniu 31.XII)	Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego		Osobodni pobytu	
				ogółem	w tym kobiety	ogółem	w tym kobiety
0		1	2	3	4	5	6
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	1	5160					
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	2	5161					
Zakład/oddział Pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	3	5162					
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	4	5163					
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	5	5170					
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży	6	5171					
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	7	5172					
Hospicjum stacjonarne	8	5180					
Zakład/oddział dzienny pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	9	5260					
Zakład/oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	10	5272					

.....
(imię, nazwisko i telefon osoby,
która sporządziła sprawozdanie)

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć imienna i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)