|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**  DEPARTAMENT ZDROWIA | | |
| **MSWiA-38**  **Sprawozdanie z działalności działów usprawniania leczniczego** | | |
| **za rok 2023** | | |
| Termin przekazania: 9 lutego 2024 r. | | |
| Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA | Nazwa i adres zakładu leczniczego | Nazwa jednostki organizacyjnej |
| Numer księgi rejestrowej SP ZOZ MSWiA | REGON zakładu leczniczego | Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V) |
| TERYT SP ZOZ MSWiA | TERYT zakładu leczniczego | TERYT jednostki organizacyjnej |

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 459, z późn.zm.).

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kody resortowego wpisać symbol 99.

**Dział 1.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Ogółem** |
| 0 | | 1 |
| Liczba osób usprawnianych1) | 01 |  |

1) Proszę każdą osobę liczyć jeden raz, niezależnie od liczby wykonanych zabiegów.

**Dział 2. Zabiegi lecznicze**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj zabiegu** | | **Liczba zabiegów** |
| 0 | | 1 |
| Kąpiele mineralne | 01 |  |
| Kąpiele CO2 | 02 |  |
| Zabiegi borowinowe | 03 |  |
| Wziewania (inhalacje) | 04 |  |
| w tym inhalacje lekiem | 05 |  |
| Masaże | 06 |  |
| Krioterapia | 07 |  |
| Elektrolecznictwo | 08 |  |
| Światłolecznictwo | 09 |  |
| Wodolecznictwo | 10 |  |
| Kinezyterapia | 11 |  |
| Zabiegi parafinowe | 12 |  |
| Inne | 13 |  |
| Ogółem (suma wierszy 1-4 i 6-13) | 14 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb formularza | 1 |  |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza | 2 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (imię, nazwisko i telefon osoby,  która sporządziła sprawozdanie) | (miejscowość i data) | (imię i nazwisko osoby  działającej w imieniu sprawozdawcy) |