MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI

DEPARTAMENT ZDROWIA

MSWiA-34

Sprawozdanie o zarejestrowanych w poradni kardiologicznej

za rok 2020

Termin przekazania: 8 lutego 2021 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 2019 r. poz. 649, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 października 2019 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2020 (Dz. U. z 2019 r. poz. 2366).

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

Sprawozdanie MSWiA-34 wypełniają SP ZOZ MSWiA, które prowadzą poradnię kardiologiczną.

Dział 1.

Wyszczególnienie				Zarejestrowani ogółem[1)]
0				1
Ogółem (suma wierszy 2-5, 8, 10-12)			01	
Ostra choroba reumatyczna		I00-I02	02	
Przewlekła choroba reumatyczna serca		I05-I09	03	
Nadciśnienie tętnicze		I10-I15	04	
Choroba niedokrwienna serca		I20-I25	05	
w tym:	ostry zawał mięśnia sercowego	I21	06	
	przebyty zawał serca	I25.2	07	
Inne choroby serca		I30-I52	08	
w tym zaburzenia rytmu serca		I47-I49	09	
Choroby naczyń mózgowych		I60-I69	10	
Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych		I70-I79	11	
Pozostałe niewymienione choroby układu krążenia		I26-I28 I80-I99	12	

[1)] Proszę wpisać wszystkich leczonych na choroby układu krążenia sklasyfikowane wg X Rewizji MSKCh i PZ wg głównego rozpoznania, pozostających pod opieką poradni.

Dział 2.

Liczba osób skierowanych w okresie sprawozdawczym na leczenie	
do szpitali:	
do sanatoriów:	

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)