|  |
| --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**DEPARTAMENT ZDROWIA |
| **MSWiA-42****Sprawozdanie z działalności ambulatoriów** |
| **za rok 2024** |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | REGON jednostki sprawozdawczej | Termin przekazania:10 lutego 2025 r. |

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 2023 r. poz. 773, z późn.zm.).

**Dział 1. Działalność ambulatorium ogólnego**

Proszę wypełnić na podstawie ewidencji przyjęć pacjentów w ambulatorium.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Ogółem** |
| 0 | 1 |
| Podopieczni objęci opieką ambulatorium | 1 |  |
| Udzielono porad | 2 |  |
| w tym wizyty domowe | 3 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 osobydziałającej w imieniu sprawozdawcy) |