

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA			
Nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		<b>MZ-35</b>	Nazwa i adres zakładu podmiotu leczniczego
Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.			REGON zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
TERYT podmiotu wykonującego działalność leczniczą.		Przekazać za pomocą portalu <a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a> w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2017 (z danymi za rok 2017)	TERYT zakładu podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
Kod podmiotu tworzącego (część III)	Kod formy organizacyjno-prawnej (część IV)		Rodzaj działalności leczniczej (część VI sytemu resortowych kodów identyfikacyjnych)

*Wypełniać tylko w przypadku sporządzania sprawozdania oddzielnie dla każdej jednostki organizacyjnej.*

Nazwa jednostki organizacyjnej	Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych)	TERYT jednostki organizacyjnej
--------------------------------	--	--------------------------------

#### Struktura przychodów WOMP wg źródeł finansowania

Wyszczególnienie	%
Samorząd terytorialny	
Zakłady pracy	
Osoby fizyczne	
Podstawowe jednostki służby medycyny pracy	
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie będące jednostkami smp	
Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego	
NFZ	
ZUS	
Inne, związane z prowadzeniem działalności gospodarczej	
<b>R A Z E M</b>	<b>100%</b>

#### Dział 1. Zatrudnienie w WOMP (stan w dniu 31.12)

##### A. Lekarze

Wyszczególnienie		Liczba osób
0		1
Lekarze ogółem		1
w tym	zatrudnieni w ramach umowy o pracę	2
	wykonyjący zadania na innej podstawie niż stosunek pracy	3
Lekarze przeprowadzający badania profilaktyczne		4
w tym	specjaliści w dziedzinie medycyny pracy*	5
Lekarze posiadający kwalifikacje do orzekania o chorobach zawodowych		6
Konsultanci – lekarze innych specjalności		7

- W dziale 1 części A wpisać w poszczególnych wierszach liczbę zatrudnionych lekarzy
- W wierszu 4 wykazać lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne w WOMP z wykazaniem w wierszu 5 liczbę specjalistów w dziedzinie medycyny pracy

*Uwaga!* wiersz 1 nie jest sumą wierszy 4-7 Jeśli np. lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne orzeka także w zakresie chorób zawodowych - należy go wykazać w dwóch wierszach.

- W wierszu 7 wykazać lekarzy specjalistów udzielających konsultacji w orzecznictwie dla potrzeb Kodeksu pracy i chorób zawodowych

\* specjalistą w dziedzinie medycyny pracy jest lekarz który posiada: II stopień specjalizacji z medycyny przemysłowej, II stopień specjalizacji z medycyny pracy, tytuł specjalisty uzyskany w trybie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r., poz. 26.

**Ciąg dalszy działu 1.**

**B. Inni pracownicy (stan w dniu 31.12)**

Wyszczególnienie		Liczba pracowników		
		Ogółem	W tym	
			Zatrudnieni w ramach umowy o pracę	Wykonujący zadania na innej podstawie niż stosunek pracy
0		1	2	3
Inny personel	1			
W tym	pielęgniarki	2		
	psycholodzy	3		

**Dział 2. Jednostki podstawowe służby medycyny pracy**

Wyszczególnienie		Ogółem
0		1
Liczba zarejestrowanych jednostek ogółem		1
w tym	samodzielne publiczne zoz	2
	zakład podmiotu leczniczego	3
	indywidualne praktyki lekarskie w tym specjalistyczne	4
	grupowe praktyki lekarskie w tym specjalistyczne	5
Liczba lekarzy zobowiązanych do sporządzania sprawozdania MZ-35A		6

W wierszach 1-5 powinny znaleźć się te jednostki, które prowadziły działalność w dniu 31.12.

W wierszu 6 należy wykazać wszystkich lekarzy, którzy prowadzili działalność w dniu 31.12 oraz tych, którzy zakończyli działalność w okresie sprawozdawczym.

**Dział 3. Działalność konsultacyjna**

Wyszczególnienie		Liczba		
		Osób	Konsultacji / świadczeń	Zabiegów/badań diagnostycznych
0		1	2	3
Badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy [art. 17 pkt 1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317, z późn. zm.)], opłacane ze środków budżetu województwa		1	X	X
Świadczenia wykonywane w trybie artykułu 14 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy		2	X	X
Liczba orzeczeń wydanych w sprawie chorób zawodowych		3	x	X
Objęci ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą		4	X	
w tym w związku z patologią zawodową		5	X	

**Dział 4. Działalność odwoławcza**

Liczba odwołań od orzeczeń wydanych przez jednostki podstawowe		W ramach odwołania przez		Ogółem
		kandydata /pracownika	pracodawcę	
O istnieniu przeciwwskazań do podjęcia / wykonywania pracy	1			
w tym liczba przypadków potwierdzających orzeczenie jednostki podstawowej	2			
O braku przeciwwskazań do podjęcia / wykonywania pracy	3			
w tym liczba przypadków potwierdzających orzeczenie jednostki	4			
Razem (1+3)				

**Dział 4a. Działalność odwoławcza**

Liczba odwołań od orzeczeń wydanych przez jednostki podstawowe	W ramach odwołania przez		Ogółem
	Ucznia/studenta/uczestnika studium doktoranckiego	Szkołę	
O istnieniu przeciwwskazań do podjęcia praktycznej nauki zawodu lub studiów	1		
w tym liczba przypadków potwierdzających orzeczenie jednostki podstawowej	2		
O braku przeciwwskazań do podjęcia praktycznej nauki zawodu lub studiów	3		
w tym liczba przypadków potwierdzających orzeczenie jednostki podstawowej	4		
Razem (1+3)			

**Dział 5. Działalność kontrolna i szkoleniowa**

Wyszczególnienie	Ogółem
0	1
Liczba przeprowadzonych kontroli w jednostkach podstawowych	1
w tym liczba wniosków skierowanych w trybie art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy	2
Liczba szkoleń prowadzonych w ramach podyplomowego kształcenia z zakresu medycyny pracy określonych w art. 17 pkt. 3 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy	3
w tym liczba osób przeszkolonych w roku sprawozdawczym	4
Liczba osób przeszkolonych w ramach staży kierunkowych określonych w programie specjalizacji z medycyny pracy	5

**Obciążenie respondentów**

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

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

.....  
 (miejscowość i data)

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