

Додаток 6
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з медичної
практики

Відомості
суб'єкта господарювання про стан матеріально – технічної бази, необхідної
для провадження медичної практики

Від «___» _____ 20 ___ року

№ ____

1. _____
(найменування (повне найменування) юридичної особи або прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи – підприємця)
2. _____
(код за ЄДРПОУ, або реєстраційний номер облікової картки платника податків, або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті))
3. _____
(місцезнаходження юридичної особи або місце проживання фізичної особи – підприємця (поштовий індекс, область, район, місто (село, селище), вулиця, номер будинку))
4. _____
(адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики юридичної особи або фізичної особи – підприємця (поштовий індекс, область, район, місто (село, селище), вулиця, номер будинку))
5. _____
(керівник юридичної особи (посада, прізвище, ініціали))
6. _____
(телефон / факс / електронна адреса)
7. _____
(форма власності)
8. _____
(вид господарської діяльності)
9. _____
(адреса місця провадження господарської діяльності з медичної практики)
- 9.1. _____
(лікарські та провізорські спеціальності (крім судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи); спеціальності молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою)
- 9.2. _____
(вивіска на фасаді за адресою місця провадження господарської діяльності з медичної практики із зазначенням виду закладу охорони здоров'я, найменування юридичної особи, місцезнаходження та коду за ЄДРПОУ; для

фізичної особи – підприємця – вивіска із зазначенням медичних спеціальностей, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи-підприємця))

9.3 _____
(вид медичної допомоги)

_____ (лікарська спеціальність) _____ (методи профілактики)*

_____ (методи діагностики)*

_____ (методи лікування)*

_____ (методи реабілітації)*

_____ (хірургічні втручання)*

_____ (методи знеболення)*

9.4** _____
(організаційна структура закладу охорони здоров'я у тому числі відокремленого структурного підрозділу (за наявності))

9.5** _____
(статут (положення) про заклад охорони здоров'я та відокремлені структурні підрозділи (за наявності), дату та номер розпорядчого документа про створення закладу охорони здоров'я та відокремлених структурних підрозділів (за наявності))

9.6** _____
(положення про Медичну раду закладу охорони здоров'я, дата та номер розпорядчого документа про створення Медичної ради)

9.7 _____
(реквізити (найменування, дата, номер) документа, що є підставою для користування приміщенням (зазначити дату та номер документа, що посвідчує право власності або користування приміщенням, договору найму, оренди, свідоцтва про право власності тощо). У разі найму (піднайму) приміщень вказати реквізити договору найму (піднайму), сторони договору найму (піднайму), строк найму (піднайму) та реквізити акта, за яким передано приміщення))

9.8 _____
(реквізити висновку державної санітарно-епідеміологічної експертизи, виданого за місцем провадження діяльності, про відповідність наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо здійснення медичної практики (найменування установи, організації, назва документа, дата та місце провадження діяльності))

9.9 _____
(вказується інформація про приміщення, у якому розміщено заклад охорони здоров'я кабінет(и) фізичної особи – підприємця (зазначається тип приміщення: окреме, ізольоване, прибудоване, вбудоване, вбудовано-прибудоване))

9.10 _____
(вказується інформація на якому поверсі розміщено заклад охорони здоров'я, кабінет(и) фізичної особи-підприємця житлового або нежитлового будинку)

9.11 _____

(вказується інформація про будівлю, в якій розміщено заклад охорони здоров'я, кабінет(и) фізичної особи – підприємця (цегляна, дерев'яна тощо; капітальна/некапітальна; кількість будівель; основне використання будівлі; кількість поверхів))

9.12 _____

(вказується інформація про теплопостачання (централізоване, автономне))

9.13 _____

(вказується інформація про вентиляцію (механічна, природна, припливно – витяжна з механічним спонуканням))

9.14 _____

(вказується інформація про водопостачання (центральне, автономне))

9.15 _____

(вказується інформація про освітлення (електричне, природне))

_____ (вказується інформація про наявну каналізацію (центральна, автономна))

9.16. _____

(вказується інформація про матеріали для покриття стін, стелі, підлоги в приміщеннях прийому пацієнтів та можливість вологого прибирання з використанням дезінфекційних засобів)

9.17 _____

(вказується інформація про найменування структурного підрозділу закладу охорони здоров'я або кабінету(ів) фізичної особи - підприємця , режим роботи та вихідні дні)

9.18 _____

(вказується інформація про найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських та провізорських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою, що проводять в ньому медичну практику, та його площа)

9.18.1

№ з/п	Перелік оснащення (медична техніка, вироби медичного призначення, апаратура, прилади, інструментарій)		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію,	Інформація про державну реєстрацію медичної техніки і виробів медичного призначення (виробник, назва виробу, номер свідоцтва, номер та дата наказу про реєстрацію)	Підстава користування
	найменування	кількість			
1	2	3	4	5	6

9.18.2

№ з/п	Сфера застосування засобів вимірювальної техніки	Найменування засобів вимірювальної техніки	Кількість	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
				місяць	рік	
1	2	3	4	5	6	7

9.19 _____

(загальна площа приміщень, план-схема приміщень, експлікація приміщень)

10.1. _____

(лікарські та провізорські спеціальності (крім судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи); спеціальності молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою)

10.2 _____

(вивіска на фасаді за адресою місця провадження господарської діяльності з медичної практики із зазначенням структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, найменування юридичної особи, місцезнаходження та коду за ЄДРПОУ; для фізичної особи – підприємця – вивіска із зазначенням медичних спеціальностей, за якими провадиться медична практика, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи-підприємця, що знаходиться поза основним місцем діяльності))

10.3 _____

(вид медичної допомоги)

(лікарська спеціальність)

(методи профілактики)*

(методи діагностики)*

(методи лікування)*

(методи реабілітації)*

(хірургічні втручання)*

(методи знеболення)*

10.4 ** _____

(організаційна структура відокремленого структурного підрозділу)

10.5 ** _____

(положення про відокремлений структурний підрозділ, дату та номер розпорядчого документа про створення відокремленого структурного підрозділу)

10.6 _____

(реквізити (найменування, дата, номер) документа, що є підставою для користування приміщенням (зазначити дату та номер документа, що посвідчує право власності або користування приміщенням, договору найму, оренди, свідоцтва про право власності тощо). У разі найму (піднайму) приміщень вказати реквізити договору найму (піднайму), сторони договору найму (піднайму), строк найму (піднайму) та реквізити акта, за яким передано приміщення))

10.7 _____

(реквізити висновку державної санітарно-епідеміологічної експертизи, виданого за місцем провадження діяльності, про відповідність наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо здійснення медичної практики (найменування установи, організації, назва документа, дата та місце провадження діяльності))

10.8 _____

(приміщення, у якому розміщено структурний підрозділ, кабінет(и) фізичної особи – підприємця (зазначається тип приміщення: окреме, ізольоване (прибудоване, вбудоване, вбудовано-прибудоване))

10.9

(вказується інформація на якому поверсі розміщено відокремлений підрозділ закладу охорони здоров'я, кабінет(и) фізичної особи-підприємця житлового або нежитлового будинку)

10.10

(вказується інформація про будівлю, в якій розміщено відокремлений структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, кабінет(и) фізичної особи – підприємця (цегляна, дерев'яна тощо; капітальна/некапітальна; кількість будівель; основне використання будівлі; кількість поверхів))

10.11

(вказується інформація про тепlopостачання (централізоване, автономне))

10.12

(вказується інформація про вентиляцію (механічна, природна, припливно – витяжна з механічним спонуканням))

10.13

(вказується інформація про водopостачання (центральне, автономне))

10.14

(вказується інформація про освітлення (електричне, природне))

(вказується інформація про наявну каналізацію (центральна, автономна))

10.15.

(вказується інформація про матеріали для покриття стін, стелі, підлоги в приміщеннях прийому пацієнтів та можливість вологого прибирання з використанням дезінфекційних засобі)

10.16

(вказується інформація про найменування структурного підрозділу закладу охорони здоров'я або кабінету(ів) фізичної особи - підприємця , режим роботи та вихідні дні)

10.17

(вказується інформація про найменування приміщення (кабінету) із зазначенням лікарських та провізорських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою, що провадять в ньому медичну практику, та його площа)

10.17.1

№ з/п	Перелік оснащення (медична техніка, вироби медичного призначення, апаратура, прилади, інструментарій)		Технічний стан, рік випуску медичної техніки, виробів медичного призначення, апаратури, приладів, інструментарію,	Інформація про державну реєстрацію медичної техніки і виробів медичного призначення (виробник, назва виробу, номер свідоцтва, номер та дата наказу про реєстрацію)	Підстава користування
	найменування	кількість			
1	2	3	4	5	6

10.17.2

№ з/п	Сфера застосування засобів вимірювальної техніки	Найменування засобів вимірювальної техніки	Кількість	Дата останньої повірки		Реквізити документа про метрологічну повірку
				місяць	рік	

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10.18 _____

(загальна площа приміщень, план-схема приміщень, експлікація приміщень)

(вказуються відомості про достовірність наданої інформації, підтвердження та ознайомлення, що подання недостовірних відомостей у документах відповідно до статті 21 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» є підставою для анулювання ліцензії)

(найменування суб'єкта господарювання)

(посада керівника суб'єкта господарювання)

(реквізити документа, що надає право підпису особі, що підписує відомості)

(дата)

М. П.

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (фізичної особи – підприємця за наявності).

* вказуються методи, які застосовуються у медичній практиці згідно кваліфікаційних характеристик медичних працівників та медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги

** Пункт 9.4, 9.5 та 10.5, 10.4 фізична особа – підприємець не заповнює.

Примітка. У разі провадження господарської діяльності поза основним місцем діяльності пункти 10.1 - 10.17 заповнюються за цією формою та в цій послідовності для кожного місця провадження окремо.

Відомості
суб'єкта господарювання про наявність нормативно – правових документів, у
тому числі нормативних документів з питань стандартизації, необхідних для
провадження медичної практики

від «__» _____ 20 __ року

№ ____

1. _____
(вказати інформацію про підтвердження наявності нормативно – правових документів необхідних для провадження господарської діяльності з медичної практики)

2.

№ з/п	Назва спеціальності	Реквізити медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної допомоги	Реквізити локальних клінічних протоколів та маршрутів пацієнтів	Реквізити обліково – звітних статистичні форм
1	2	3	4	5

3.

а) _____
(вказати інформацію про реквізити документів щодо затвердження в установленому законодавством порядку закладом охорони здоров'я: штатного розпису; переліку обладнання відповідно до Табеля оснащення закладу охорони здоров'я; номенклатуру справ з медичної та фармацевтичної документації; посадові інструкції для працівників закладу охорони здоров'я; правила перебування пацієнтів у закладі охорони здоров'я; перелік засобів вимірювальної техніки, що перебувають в експлуатації та підлягають метрологічній повірці; стандарти сестринського (медичного) догляду; правила та інструкції виконання маніпуляцій та процедур; положення про структурні підрозділи; інформацію про порядок дій при невідкладних станах; правила та інструкції про порядок взаємодії структурного підрозділу з іншими структурними підрозділами закладу охорони здоров'я та/або іншими закладами охорони здоров'я; інструкцію щодо правил миття й знезараження рук; порядок внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги)

б) _____
(вказати інформацію про реквізити документів щодо затвердження в установленому законодавством порядку фізичною особою-підприємцем: номенклатури справ з медичної та фармацевтичної документації; правил та інструкцій виконання маніпуляцій та процедур; інструкції щодо правил миття й знезараження рук; перелік та вартість послуг, які відповідно до законодавства надаються пацієнтам)

_____ (вказуються відомості про достовірність наданої інформації, підтвердження та ознайомлення, що подання недостовірних відомостей у документах відповідно до статті 21 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» є підставою для анулювання ліцензії)

_____ (найменування суб'єкта господарювання)

(посада керівника суб'єкта господарювання)

(реквізити документа, що надає право підпису особі, що підписує відомості)

(дата)
М. П.

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (фізичної особи – підприємця за наявності).

Примітка. У разі створення юридичною особою декількох закладів охорони здоров'я пункти 1, 2 заповнюються за цією формою та в цій послідовності, вказується назва закладу охорони здоров'я, якого вони стосуються та адреса.

Відомості
суб'єкта господарювання про наявність персоналу із зазначенням його
освітнього і кваліфікаційного рівня та стажу роботи за спеціальністю,
необхідного для провадження медичної практики

від «___» _____ 20__ року

№ _____

1. Відомості про медичних та фармацевтичних працівників за такою формою:

№ з/п	Посада	Код професії згідно з	Кількість одиниць
-------	--------	-----------------------	-------------------

		національним Класифікатором України	
1	2	3	4
2	Разом		
3	Укомплектованість %		

2. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам працівників з вищою медичною (фармацевтичною) освітою за такою формою:

№ з/п	Назва спеціальності	П. І. Б., займана посада працівника	Дата і номер документа щодо прийняття на роботу / фізична особа – підприємець вказує запис в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців	Основна робота або за сумісництвом / фізична особа – підприємець вказує реквізити попередніх ліцензій (за наявності), спеціальності, за якими провадилась медична практика	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано), Лікарська спеціальність після проходження інтернатури	Сертифікат лікаря – спеціаліста (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано), реквізити інших документів, що засвідчують право обіймати займану посаду	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія)
1	2	3	4	5	6	7	8
Найменування структурного підрозділу та його місцезнаходження							

3. Відомості про відповідність кваліфікаційним вимогам молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою за такою формою**:

№ з/п	Назва спеціальності	П. І. Б., займана посада працівника		Дата і номер документа щодо прийняття на роботу		Основна робота або за сумісництвом	Диплом (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Свідчення про проходження підвищення кваліфікації (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано)	Посвідчення про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії (спеціальність, серія, номер, дата, ким видано, категорія)
		П. І. Б.	№ з/п	Число	місяць				
1	2	3		4	5	6	7	8	9
Найменування структурного підрозділу та його місцезнаходження									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

4. Відомості про стаж роботи лікарів та провізорів за спеціальністю відповідно до запису в трудовій книжці за останні 5 років за такою формою:

(вказуються відомості про достовірність наданої інформації, підтвердження та ознайомлення, що подання недостовірних відомостей у документах відповідно до статті 21 Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» є підставою для анулювання ліцензії)

(найменування суб'єкта господарювання)

(посада керівника суб'єкта господарювання)

(реквізити документа, що надає право підпису особі, що підписує відомості)

(дата)

М. П.

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (фізичної особи – підприємця за наявності).

** Медичні сестри, які мають намір провадити медичну практику, в пункті 2 вказують відомості про лікаря, під наглядом якого буде здійснюватись медична практика.

Примітка. У разі створення юридичною особою декількох закладів охорони здоров'я пункти 1-4 заповнюються за цією формою та в цій послідовності, вказується назва закладу охорони здоров'я, якого вони стосуються та адреса.