

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 21.04.2016 r. godz. 10¹⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 21.04.2016 r. godz. 13¹⁵
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
kontrola dokumentacji i wykonawstwa
szczepień ochronnych.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
- nr i nazwa protokołu/ów
nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
 - karty wypowiedzenia
 - rejestry
 - recepty
 - dokumentacja medyczna pacjentów.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Upoważnienie do kontroli p. Jolanty Majes - pielęg.
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - F/EP/09

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Samodzielny Publiczny Gabinet Opieki Zdrowotnej
kod resortowy: 000000904830
KRS: 000012398

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Punkt szczepień położony z gabinetem
lekarzom. Szczepienia są wykonywane
2x w tygodniu: wtorek w godz. 8⁰⁰-10⁰⁰, środa
i czwartek 12⁰⁰-14⁰⁰.