

Dotazník o ambulantní urologické péči v ČR

Název pracoviště :

Adresa:

Kontaktní osoba

TEL:

e-mail:

Zařízení je /nehodící se škrtněte/

A/ součást lůžkového oddělení

- Urologického

- Jiného:

B/ fyzickou osobou

C/ s.r.o. jako samostatná jednotka

D/s.r.o. nebo a.s. jako součást vyššího

celku (řetězec např. Agel,

poliklinika)

E/ jiné

Detašovaná pracoviště (prosím, vyjmenujte):

1. Úvazky

Pro hlavní pracoviště:

Počet lékařských úvazků na ambulanci dle smlouvy se ZP:

Počet lékařů pracujících na ambulanci:

Pro každého lékaře osobu, prosím, uveďte (Kvalifikací se rozumí atestace nebo specializovaná způsobilost)

věk

kvalifikace

úvazek v hodiny/týden

Pro detašovaná pracoviště:

Adresa:

Rozsah úvazku dle smlouvy se ZP:

Počet lékařů pracujících na ambulanci:

Rozsah úvazku v hodiny/týden:

Počet souběžně pracujících ambulantí a poraden (hodiny/týden):

2. Průměrný počet ošetření za měsíc:

Pro hlavní pracoviště:

Pro detašovaná pracoviště:

3. Vybavení podle vyhlášky 221/2010 sbírky:

- odpovídá:
- chybí:
 - a. chybějící vyšetření za nás provádí :

Jaké specializované ordinace – poradny ve Vaši ambulanci vykonáváte?:

Provádí Vaše zařízení ve vlastní režii:

Ultrasonografie:	ano/ne
Biopsie prostaty:	ano/ne
Biopsie prostaty pod kontrolu TRUS:	ano/ne
Uretrocystoskopie:	ano/ne
Flexibilní uretrocystoskopie:	ano/ne
UFM	ano/ne
Kompletní urodynamická vyšetření	ano/ne
Jiná specializovaná vyšetření:	ano/ne
- jaká:	

4. Zúčastní se lékaři Vašeho zařízení pohotovostních služeb na urologickém nebo chirurgickém oddělení?:

- ano
- ne

5. Možnost operativy ambulantních lékařů:

- v rámci zařízení
- na jiném urologickém pracovišti
- na chirurgickém pracovišti
- pracovišti jednodenní urologie či chirurgie
(nehodící se škrtněte)

6. Uveďte problémy, které Vás v činnosti ambulance nejvíce trápí: