

Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców
Programu profilaktyki raka szyjki macicy (PPRSM)

Kontrole mogą być wykonywane przez:

- a) położną spełniającą warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2020 r. (Dz. U. 2020 poz. 2209) w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.
- b) lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii lub
- c) lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji) lub
- d) lekarza specjalistę patomorfologii lub anatomii patologicznej lub
- e) diagnostę laboratoryjnego posiadającego tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadającego udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wraz z późniejszymi zmianami.

Kontroler musi posiadać doświadczenie w pracy w SIMP (Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki).

.....
Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia2023 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż jestem:

- a) położną spełniającą warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wraz z późniejszymi zmianami lub
- b) lekarzem specjalista położnictwa i ginekologii lub
- c) lekarzem ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji) lub
- d) lekarzem specjalistą patomorfologii lub anatomii patologicznej lub
- e) diagnostą laboratoryjnym posiadającym tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadającym udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wraz z późniejszymi zmianami.

.....
.....

(Podać rodzaj wykonywanej pracy oraz okres).

Posiadam doświadczenie w pracy w SIMP (Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki).

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)