

91803-ERK/326/2020.

91803-A/228-1/2020.



Vas Megyei Kormányhivatal  
Körmendi Járási Hivatal

2020 APR 17. 608-1/2020  
Női fi

Ügyiratszám:

## JEGYZŐKÖNYV

### BENTLAKÁSOS SZOCIÁLIS INTÉZMÉNYEK ELLENŐRZÉSÉHEZ

Készült: Orzho ..... 2020. április hó 06. nap

Készült: A(z) U.M.S.Z.Sz. (Szolgáltató/Cégnév)  
2020. 04. hónap 06. nap, Orzho Helység  
P. Kőfi (utca, út, tér.) ..... 1. szám alatti hivatalos  
helyiségben.

Hatóságom hatáskörét az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 6. § (1) bekezdés e) pontja, valamint az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15.) Korm. rendelet 7. § (2) bekezdése, illetékességét az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet 13. § határozza meg.

#### Jelen vannak

##### Eljáró hatóság részéről:

Név: Némethy György Levente Beosztás: főosztályvezető főosztály

Név: ..... Beosztás: .....

##### Az ellenőrzött Szolgáltató részéről:

Név: Bény Anna-Mária Név: .....

Lakcím: Szabadság tér 4. / 9900 Körmend Lakcím: .....

Telefon sz.: 0630 551 9786 Telefon sz.: .....

Tevékenység: vezető főosztály Tevékenység: .....

E-mail címe: beny.anna-maria@... E-mail címe: .....

Munkáltató/Üzemeltető/Fenntartó neve: U.M.S.Z.Sz. Munkáltató/Üzemeltető/Fenntartó neve: .....

Székhelye: ..... Székhelye: .....

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Népegészségügyi Osztály

9900 Körmend, Szabadság tér 4. 9900 Körmend, Pf.: 16

Telefon: (06 94) 594 283 Fax: (06 94) 594 286

Aláírás szolgáltató részéről  
Bény Anna-Mária  
Vas Megyei Szociális Intézmény  
9925 Körmend, Szabadság tér 4. u. 1.  
Telefon: (06 94) 594 283 Fax: (06 94) 594 286

Szolgáltató Vezetőjének neve: ..... Szolgáltató Vezetőjének neve: .....  
*Felcse Árpád* .....

**Tárgy: bentlakásos szociális intézmény ápolásszakmai ellenőrzése**

A szolgáltató ellenőrzést megelőző értesítését az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (Ákr.) 102. §-a alapján mellőztük, így arra az ellenőrzés megkezdésével kerül sor.

Az ellenőrzés megkezdése előtt az ügyfelet az Ákr. 5. § (2) bekezdése alapján tájékoztattam jogairól, illetve kötelezettségeiről. Tájékoztatom továbbá arról, hogy az Ákr. 5. § (1) bekezdése szerint az ügyfél az eljárás során bármikor nyilatkozatot, észrevételt tehet. Felhívom figyelmét, hogy az Ákr. 64. § (2) bekezdése értelmében, ha az ügyfél vagy képviselője más tudomása ellenére az ügy szempontjából jelentős adatot valótlanul állít vagy elhallgat – ide nem értve, ha vele szemben az Ákr. 66. § (2) bekezdésében vagy (3) bekezdés b) és c) pontjában meghatározott ok áll fenn –, illetve ha a kötelező adatszolgáltatás körében a 105. § (2) bekezdésében foglalt ok hiányában adatszolgáltatási kötelezettségét nem teljesíti, eljárási bírsággal sújtható.

Az ellenőrzött képviselőjében jelen levő közölte, hogy a tájékoztatásban, figyelemfelhívásban foglaltakat tudomásul vette.

**1. A szolgáltató adatai:**

- 1.1. Intézmény megnevezése: *Vas Megyei Szociális Szolgálat Szociális Intézmény*
- 1.1.1. Címe: *3700 Szombathely, Gogor u. 5.*
- 1.1.2. Intézmény telefonszáma: *34/552-900* E-mail címe: *modorstan@t-online.hu*
- 1.2. Az intézmény fenntartója: *Szociális és Csemelvévelés (Szociális) Városi Kirend.*
- 1.3. Fenntartó levelezési címe: *Szombathely, Bernyay tér 1.*
- 1.4. Fenntartó telefonszáma: ..... E-mail címe: .....
- 1.5. Az intézmény működési formája a fenntartó szerint:
- 1.) önkormányzat/állami költségvetési szerv által fenntartott    2.) egyház által fenntartott  
 3.) vállalkozás/gazdasági társaság által fenntartott    4.) nonprofit szervezet által fenntartott
- 1.6. Az Intézmény nyilvántartási száma: *VH/HF 06/00135-3/2019* Típusa: *2020. dec. 31. kötött idejű*
- 1.7. Az Intézmény felelős vezetőjének neve: *Felcse Árpád*
- 1.8. Az ápolást-gondozást irányító neve: *Béng Ánuszová*
- 1.9. Az ápolást-gondozást irányító szakmai végzettsége: *okleveles fővel*
- 1.10. Kormányhivatali engedélyhez kötött egészségügyi szaktevékenységet az Intézmény:
- 1.) végez    2.)  nem végez
- 1.10.1. Ha végez, engedélyezett szaktevékenységek megnevezése, engedély típusa, érvényesség
- .....
- .....

*Al*  
 Aláírás ellenőrző hatóság részéről

*Béng Ánuszová*  
 Aláírás ellenőrzött intézmény részéről

Vas Megyei Szociális Szolgálat Szociális Intézmény  
 Cím: 3700 Szombathely, Gogor u. 5. 1.  
 9825 Országos Adatszám: 1043303-7-16

1.11. Telephelyek/részlegek, ellátott feladatok, férőhelyek, és ellátottak száma:

1.11.1. Ellátott feladat típusai (a megfelelő aláhúzendó) Ápolást-gondozást nyújtó intézet,  
Látásfogyatékosok otthona, Mozgásfogyatékosok otthona, Értelmi fogyatékosok otthona,  
Szenvedélybetegek otthona, Demens betegek otthona, Pszichiátriai betegek otthona,  
Rehabilitációs intézet, egyéb.....

1.11.2. Férőhelyek száma: 34.....ellátottak száma:.....32.....

Lakoszobák száma (emeletenként, ágyszám típusonként):.....

Par: 1  
Emelet: 1H  
Fő:

## 2. Személyi feltételek (lásd segédtablák)

2.1. COVID-19 ellátási és megelőzési protokoll oktatásban részt vett dolgozók száma: 10.....  
fő. Ebből ápolást végző: 9...fő, takarító: 1...fő, étel készítésben, osztásban részt vevő: 0...fő  
egyéb:.....0.....fő

2.2. Összes dolgozó száma: 14..... fő. Ebből ápolást végző: 9...fő, takarító: 1...fő, étel  
készítésben, osztásban részt vevő: 3...fő egyéb:.....1.....fő

2.3. Az intézményben a COVID-19 szociális intézményekre vonatkozó eljárásrendet  
megismerte: 14.....fő.

2.3.1. A COVID-19 gyanús és igazolt betegek elkülönítéséhez biztosított-e külön ápoló  
személyzet?

1.) igen

2.) nem

2.3.2. Van-e elég dolgozó ahhoz, hogy akár túlmunka elrendeléssel biztosítsák a COVID-19  
gyanús vagy igazolt betegek elkülönítéséhez szükséges személyzetet?

1.) igen

2.) nem

2.4. Az intézmény orvosa az intézményi feladatok végzésére szóló szerződéssel rendelkezik-e?

1.) igen

2.) nem

2.4.1. Amennyiben igen, a szerződés tartalmazza-e:

a.) a munkavégzés helyét

1.) igen

2.) nem

b.) a munkavégzés idejét (óra/hét)

1.) igen

2.) nem

c.) helyettesítő orvos nevét

1.) igen

2.) nem

2.4.2. Az intézmény orvosa tartott-e oktatást a dolgozók részére a COVID-19 járvánnyal  
kapcsolatban? 1.) igen

2.) nem

2.4.3. Az ellenőrzés időpontjában az orvos a helyszínen tartózkodik-e?

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Aláírás ellenőrzött intézmény részéről

Vas Megyei Szakosított Szociális Intézmény  
Ósaki út 72. sz. helye  
9250 Széplak, 2020. május 11. napján  
adomány / 15-23005-1-18

1.) igen   2.) nem

2.5. Van-e az intézménynek más tevékenységet végző orvossal/kal munkaszerződése?

1.) igen   2.) nem

2.5.1. Amennyiben igen a tevékenység/ek megnevezése: (pl.: pszichiátriai ellátás, pszichológus tevékenység)

- a.) .....  
 b.) .....  
 c.) .....  
 d.) .....

2.6.1. Felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma: 0,5 fő

2.6.2. Középfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma: 0 fő

2.6.3. Alapfokú egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma: 1 fő

2.6.4. Nem egészségügyi végzettséggel rendelkező foglalkoztatottak száma (pl.: pszichológus, gyógymasször): ..... fő

2.6.5. Képesítés nélkül dolgozók száma: ..... fő.

2.7. A dolgozók egészségi állapotának napi ellenőrzése megtörténik-e munkába állás előtt

1.) igen  2.) nem

### 3. Tárgyi feltételek

3.1. Orvosi szoba / vizsgáló rendelkezésre állása:

1.) Intézményi szinten megoldott  2.) részlegenként megoldott  3.) nincs

3.2. Az elhunyt elkülönítése

1.) biztosított  
 2.) nem biztosított

3.4. COVID 19 gyanú vagy igazolt beteg izolálása szolgáló szobák száma: 2 db

Ezek közül 1 ágyas: .....db; 2 ágyas: 2 db; 3 ágyas: .....db; 4 vagy több ágyas: .....db;

Jelenleg kik fekszenek az elkülönítő szobákban? (szobánként felsorolva, minden esetben meg kell adni, hogy gyanús vagy igazolt COVID-19 betegről van szó)

Beke, nabolán 5. pót. önként, önként nem lehet ot -  
 hegyesi, ellátók nabolán, ezért enged nabolán  
 nabolán fel az önként önkéntben.

Kohorsz izolációt helyesen alkalmazzák-e (igazolt és gyanús beteg nem lehet egy szobában):

1.) igen  2.) nem

COVID-19-re gyanús betegek egymástól való elkülönítése megoldott-e:

1.) igen  2.) nem

3.5. Az intézmény egészségügyi és egyéb textíliával való ellátottsága (1/2000. (I.7.) SzCsM r. 49. § a), b) pontja alapján szükség szerint biztosítandó)

3.5.1. Teljes ágynemű garnitúra ellátottanként 3 váltás biztosítva

1.) igen  2.) nem

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Vas Megyei Szakosított Szociális Intézmény  
 Országos Telephelye  
 9825 Oszkó, Petőfi S. út 1.  
 adószám: 15122002-001-001-18

Aláírás ellenőrzött intézmény részéről

Eltérés megnevezése, oka: .....

3.5.2. Tisztálkodást segítő három váltás textilja ellátottanként az intézmény által biztosítva

1.) igen                      2.) nem

Eltérés megnevezése, oka: .....

3.5.3. Rutinszerű ágyneműcsere gyakorisága: ..... 12e. és : ..... 2. x/hónap

3.5.4. A COVID-19 gyanús és igazolt betegek szennyes textilja kezelése elkülönítetten történik-e a többitől:  1.) igen                      2.) nem

3.5.5. Mosás során alkalmazott fertőtlenítés módja;  
felhasznált mosószer: ut mosós, a Veszélyes telephelyen történt  
mosási hőmérséklet: .....

3.6. Veszélyes hulladék kezelésére/szállítására vonatkozó érvényes szerződéssel rendelkezik-e az intézmény:

1.) igen                      2.) nem

Szolgáltató megnevezése: Megoldás KFT .....

3.6.1. Veszélyes hulladék gyűjtése jogszabályban előírt gyűjtőedényben történik-e?

1.) igen                      2.) nem

3.6.1.1. COVID-19 fertőzés gyanús, illetve fertőzött beteg esetében a veszélyes hulladék gyűjtése elkülönítetten történik-e a többi veszélyes hulladéktól?

1.) igen                      2.) nem

3.7. Védőfelszerelések rendelkezésre állása:

3.7.1. Sebészeti orr/szájmaszk:

minden dolgozónak jut: igen                      nem  
csak az izolált betegek esetében használja a személyzet: igen                      nem

3.7.2. Vizsgálókesztyű:

minden dolgozónak jut: igen                      nem  
csak az izolált betegek esetében használja a személyzet: igen                      nem

3.7.3. Sapka, köpeny, arepajzs rendelkezésre áll: igen                      nem  
részben: .....

3.8. a védőfelszerelés helyes fel és levételének módjáról oktatás történt-e: igen                      nem

3.9. Steril eszközök biztosításának módja:

3.9.1. Érvényes sterilizálási szerződés:

1.) van, szolgáltató megnevezése: .....

2.) nincs

3.9.2. Saját sterilizátor:                      1.) van                      2.) nincs

3.9.3. Csak egyszerhasználatos steril eszközöket használnak  1.) igen                      2.) nem

3.10. Ápoláshoz/gondozáshoz szükséges felszerelés/eszközök biztosítása

3.10.1. Ápolási eszközök tisztításának, fertőtlenítésének gyakorlata az egységben, külön helyiségben  1.) megoldott                      2.) részben megoldott                      3.) megoldatlan

Hiányosság oka: nincs, saját helyiség a pincében történik.

Fertőtlenítő szer neve: ezelőre: D-Sol; Felület: D-Sol D-Steril H

Alkalmazott koncentrációja: gond! az előző alapján: klórát, stent HCA.

Behatási idő: Fert. ut. alapján.

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Aláírás ellenőrzött intézmény részéről  
Vas Megyei Szaksított Szociális Intézmény  
Dzsidai Telephely  
9825 Csakó, Párizsi u. 1.  
adószám: 153005-1-18

3.10.2. Ápoláshoz/gondozáshoz szükséges felszerelés/eszközök COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott számára külön biztosítása megoldott?

1.) igen                      2.) nem

3.11.3. A COVID-19 fertőzés gyanús és fertőzött ellátott ápolási eszközeinek előírás szerinti fertőtlenítése megtörténik-e?                      1.) igen                      2.) nem

3.12. Higiénés kézfertőtlenítés feltételei biztosítottak/biztosíthatóak a COVID-19 gyanús és fertőzött ellátottak izolációs helyiségek és mellék helyiségekben\*

1.) igen                      2.) nem

Ha nem, mi a hiányosság oka: .....

(\*Higiénés kézfertőtlenítés feltételei: hideg-meleg vizes, lengőkaros orvosi csaptelep, azonosítható, folyékony szappan faliadagolóban, engedélyezett alkoholos fertőtlenítőszer adagolóban, papírtörölköző adagolóban, fertőtlenítő szerhez biztonsági adatlap. A fentiek együttes biztosítása fogadható el megfelelőnek)

3.12.1. Zsebben hordható alkoholos kézfertőtlenítőszer biztosított a dolgozók számára

1.) igen                      2.) nem

3.12.2. Higiénés kézfertőtlenítés feltételei biztosítottak az alábbi helyiségekben:

1.) orvosi szoba 100%    2.) vizsgáló/kezelőhelyiség 100% 3.) nővérszoba 100%

4.) lakószobák ...0...%-a    5.) betegszobák ...0...%-a    6.) étkező helyiség

7.) fürdőszobák ...100...%-a    8.) toalett ...100...%-a    9.) elkülönítésre való szobák:

fürdőszoba, előtérbe 100%

3.13. A fertőtlenítő takarítás feltételei mindenhol biztosítottak-e?

1.) igen                      2.) nem

3.13.1. Az izolációs helyiségekben külön takarítóeszközök biztosítottak-e?

1.) igen                      2.) nem

3.14. A fertőtlenítő mosogatás feltételei biztosítottak-e az intézményben?

1.) igen                      2.) nem

Ha nem, mi a hiányosság oka: .....

#### 4. Az ápolást közvetlenül befolyásoló egyéb tevékenység:

4.1. Rutinszerű intézményi orvosi vizit gyakorisága az ágyhoz kötött, ápolásra szoruló ellátottnál: .....2..... alkalom/hét felülig telefonos elérhetőség van.

4.2. Az ápolást/gondozást végző dolgozók valamelyike részt vesz-e a viziten?

1.) Igen, és pedig: .....Orv: vez: 0f..... (beosztás, munkakör megnevezése)

2.) nem

4.2.1. Hogyan dokumentálják az orvosi viziten elrendeltek? (több válasz is lehetséges)

1) ápolási dokumentáció

2) gondozási terv/dokumentáció

3) orvosi dokumentáció

4) egyéni gyógyszerelő lap

5) sorszámozott eseménynapló

6) egyéb: .....int. fizet.....

4.3. Sürgősségi ellátás biztosításának módja: .....kémia: usgeli: 1. OMSZ.....

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Vás Megyei Szakszolgálat (Szükségjelző és Mentőszolgálat)  
 Osztóközpont  
 9825 Osztó, Kálvária S. u. 1.  
 adószám: 15423005-1-18

*[Handwritten signature]*

### 5. Ápolási/gondozási folyamat

5.1. A vizsgálat időpontjában a teljes ápolást/gondozást igénylő ellátottak száma: .....<sup>25</sup>..... fő

5.2. A vizsgálat időpontjában a részleges ápolást/gondozást igénylő ellátottak száma: .....<sup>7</sup>..... fő

5.3. A vizsgálat időpontjában COVID-19 fertőzékenység gyanús ellátottak száma: .....<sup>0</sup>..... fő

5.4. A vizsgálat időpontjában COVID-19 valószínűsített ellátottak száma: .....<sup>0</sup>..... fő

5.5. A vizsgálat időpontjában COVID-19 megerősített fertőzött ellátottak száma: .....<sup>0</sup>..... fő

5.6. Végeznek-e az intézményben a 20/1996 (VII. 26.) NM rendelet 1. sz. mellékletében foglalt szakápolási tevékenységeket:

- 1.) igen, erre vonatkozó egészségügyi működési engedély birtokában
- 2.) igen, erre megfelelő szakképesítéssel rendelkező szakdolgozókkal, egészségügyi működési engedély nélkül
- 3.)  nem végeznek.

5.6.1. Amennyiben nem végeznek szakápolási feladatokat, hogyan történik a szakápolást igénylő betegek ellátása:

- 1) otthoni szakápolási szolgálat végzi:
  - a) szerződés alapján 1 szolgáltató
  - b) eseti elrendelés szerint, akár több szolgáltató
- 2) körzeti ápoló végzi
- 3) háziorvos/intézményi orvos végzi
- 4) egészségügyi szakellátás (járó-, vagy fekvőbeteg) végzi
- 5) egyéb: .....

5.7. A COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott testi higiéniájának biztosítása elkülönítetten történik-e a többi betegtől? (Több válasz is adható)

- 1.)  igen, személyenként külön mosdótálban
- 2.) igen, előírás szerint fertőtlenített, de személyenként nem elkülönített mosdótálban
- 3.)  igen, elkülönített fürdőszobában
- 4.) igen, elkülönített hajmosó felszereléssel
- 5.) nem
- 6.) egyéb: .....

5.8. A COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott szennyes ágyneműjének gyűjtése elkülönítetten történik-e a többi betegtől, ellátottól? 1.) igen 2.) nem

5.9. COVID-19 fertőzés gyanús/fertőzött ellátott szükség eseti mobilizálási tevékenységét ki végzi?

- 1.) gyógytornász 2.)  szakápoló 3.) szociális gondozó/ápoló 4.) egyéb: .....

5.10. A telefonon, szóban adott orvosi utasítás dokumentálása az ápoló/gondozó részéről:


- 1.)  megtörténik 2) nem történik meg

5.10.1. Az orvos által telefonon-szóban történő utasítást az orvos dokumentálja-e ( dátum, aláírás/pecsét)? (Több válasz is adható)

- 1.)  igen, közvetlenül az utasítást követően a beteg/orvosi dokumentációban



Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Vasútgyógyászati Szakszolgálat  
 Oszkói Tűzoltóság  
 9025 Oszkó, Petőfi Sándor utca 11.  
 Adószám: 15443305-1-18  
  
 Ellenőrzött intézmény részéről

- 2.) igen, az ápolási dokumentációban
- 3.) igen, munkája függvényében később
- 4.) igen, egyéb: ..... dokumentációban

5.11. A hozzátartozó tájékoztatása az ellátott egészségi állapotában beállt lényeges változásról:

- 1.) dokumentáltan megtörténik
- 2.) nem dokumentált a tájékoztatás
- 3.) nem tájékoztatják

**6. A szakfelügyelet során az ellenőrző hatóság részéről tapasztalt tények, észrevételek, javaslatok rövid leírása:**

Az ellenőrzés időpontjában a betegszobákban 5 fő ápolási területen elhelyezve minden szobában nem létezik. Jeldőző napszámok szobákban vannak, hirtelen megváltozott. Fertőtlenítő készlet megvan: hirtelen megváltozott megfelelő mennyiségben tartás és a pótlásra felkészült. Szobák fertőtlenítő eszközök megfelelő mennyiségben megvannak, fokozott higiénia mellett ezekben is elegendő mennyiség van. Felület fert. szinten elegendő és van utóvizelés. Egyműködés - hűtő napi ellenőrzés elegendő a COVID-19 - elleni védekezés fertőzés esetében mind a felhalmazás mennyiség, engedélyben van, orvosi, előző, megfelelő szoba. Hőmérséklet ellenőrzés heti szinten olyan szobákban foglalkozni kell megfelelően, helyettesítés fontos kivételként a helyettesítésre a szobák nem tartalmaznak.

Az ellenőrzésen a felelős vezető, vagy meghatalmazottja jelen van-e:  
A nyilatkozattételre jogosult élni kíván-e nyilatkozattételi jogával:

Igen      Nem  
Igen      Nem

**7. Az ellenőrzött szolgáltató felelős vezetőjének, vagy nyilatkozattételre meghatalmazott képviselőjének nyilatkozata a megállapított tények, hiányosságok, javaslatok vonatkozásában:**

(Amennyiben nyilatkozattételi jogával a felelős vezető élni kíván, a jegyzőkönyvben megállapított hiányosságok megszüntetésére vonatkozóan határidőt, illetve felelős személyt jelölhet meg)

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

Országos Szakfelügyeleti Szociális Intézmény  
 Országos Telephelye  
 9925 Oszkó, Pelső, 9925  
 adószám: 15423075  
 Aláírás ellenőrzött intézmény részéről



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8. Az ellenőrzés során, az ellenőrzött szolgáltató részéről jelenlévő személy észrevételei az ellenőrzés megállapításai vonatkozásában (megbízott személy):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Az ellenőrzött, ill. képviselőjében jelen levő személy a jegyzőkönyvben foglaltakat megismerte, megértette és azok valóságát aláírásával, elismeri.

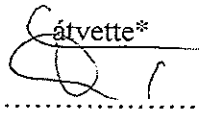
Kmf.

A jegyzőkönyv 9..... számozott oldalt tartalmaz. Készült: 2..... eredeti példányban.


Melléklet(ek) tételes felsorolása: 1n, 2m.....

A jegyzőkönyv 1 példányát (\*A megfelelő aláhúzendó.)

- az ellenőrzött szolgáltató felelős vezetője\*
- a szolgáltató felelős vezetője által írásban meghatalmazott képviselő\*


Átvette\*  


nem vette át\* (ez esetben az eljáró hatóság postai úton megküldi)

  
Oszkói Tisztviselői Intézmény  
925 Oszkó, Petőfi S. u. 1.  
adószám: 15423005-1-18



Aláírás ellenőrző hatóság részéről

  
Vas Megyei Szakszolgálati Intézmény  
Oszkói Tisztviselői Intézmény  
925 Oszkó, Petőfi S. u. 1.  
adószám: 15423005-1-18



2. sz. ..... számú melléklet a ..... ügyiratszámú jegyzőkönyvhöz

2020 ÁPR 17.

698-2/2020  
 N. M. A.

**TÁRGY: DOLGOZÓI SZEMÉLYI FELTÉTELEK ELLENŐRZÉSÉHEZ SEGÉDTÁBLA (Intézményi munkakörök és dolgozói létszám)**

Munkakör I/2000. (1.7.) SzCSM r. szerint	Szakértettség megnevezése	Létszám (t6) (havi 174 óras, teljes munkaidőre vetítve)	Férőhelyek száma alapján I/2000. (1.7.) SzCSM r.-nek		
			Megfelel (1)	Nem felel meg szakértetés (2)	Nem felel meg létszám (3)
a) Intézményvezető	Szoc. munkadús	0,5	1		
b) Orvos	pedagógus	0,01	1		
c) Intézményvezető ápoló	alkalmazás díjolt	0,5	1		
d) Részlegvezető ápoló	-	-	-		
e) Ápoló/gondozó	alk. felad. munkadús szoc. díjolt gondozói	1 8	1 1		
f) Mozgásterapeuta (ajánlott)	-	-	-		
Szociális/mentálhigiénés munkatárs	szoc. munkadús	1	1		
Foglalkoztatás szervező	-	-	-		
Egyéb	-	-	-		

Aláírás ellenőrző hatóság részéről

jkv. személyi feltételek

Vas Megyei Szakszervezet  
 Országos Tanácsa  
 9825 Oszkó, Felső S. út 1.  
 Adószám: 15423005-1-1-18

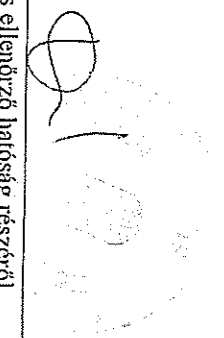


A ..... számú melléklet a ..... ügyiratszámú jegyzőkönyvhöz  
**TÁRGY: SZEMÉLYI FELTÉTELEINEK ELLENŐRZÉSÉHEZ SEGÉDTÁBLA**  
**ORVOSI**  
 2020 ÁPR 17 698-2/2020  
 Jóllet

S.sz.	Név	Szakképesítés*	Működési NYT szám	Foglalk. jogviszony**	Heti munkaidő (óra)	Cég megnevezése, amelyen belül a közreműködést végzi
1.	Köcs-Szék Erőse	Községi orvos	56610	2	4	

\*Amely alapján a munkakör ellátja. Amennyiben az ellenőrzött szaktevékenységre nézve egy személynek több szakképesítése van, és egymál többre nézve rendelkezik MNYT számmal, azt egyenként új sorban kell megjeleníteni.

\*\*Amely alapján a munkakör ellátja. Amennyiben az ellenőrzött szaktevékenységre nézve egy személynek több szakképesítése van, és egymál többre nézve rendelkezik MNYT számmal, azt egyenként új sorban kell megjeleníteni. \*\* (1)közalkalmazott, (2) szabadjoglalkozás, megbízási szerződés, (3) közreműködő egyéni vállalkozóként, egyéni cég tagjaként, (4)közreműködő társas vállalkozás tagjaként, (5) közreműködő egyéni vállalkozás vagy társas vállalkozás alkalmazottjaként, (6) önkéntes segítő, (7) egyházi személyként, (8) szolgálati jogviszonyban, (9) munkaviszonyban, (10) közszolgálati jogviszonyban, (11) egyéni egészségügyi vállalkozóként, (12) társas vállalkozás tagjaként



Magyar Szakszövetség és Képzési Intézmények Szövetsége  
 Orvosi Kamarák Szövetsége  
 1125 Budapest, Fehérvári út 101. sz.  
 Tel.: 06-1-461-1111

Aláírás ellenőrző hatóság részéről  
 Aláírás ellenőrzött szolgáltató részéről



oszkó

Ügyiratszám: ...../20.....

2020 APR 17.

700-1/2020  
NAG

Jegyzőkönyv

Készült: 2020. év. ch. hó 16. napján a/az

UMSZ Sz / Oszkói Telephelye Oszkó,  
Petőfi u. l.

Jelen vannak:

Az ellenőrzött fél részéről:

Neve: Bény Ágnes Anamária Leánykori neve: Bény Anamária

Anyja neve: Pálos Judit

Születési helye, ideje: Szombathely, 1977. 07. 25.

Lakcíme: 9700 Szombathely, Szent István t. u. 49. 1/4

Elérhetősége: 06 30 551 9766

Ellenőrzést végző hatóság részéről:

Neve: Némethy Orsi Szilvia

Beosztása: főnöki vezető / elnökö

Tárgy: Időszakos orsz. hiv. ellenőrzés

COVID-19 fertőzés megelőzése miatt.

Az ellenőrzés megkezdésekor az ellenőrzött felet a jogaira és kötelességeire figyelmeztettem, aki ezt tudomásul vette.

Az ellenőrző hatóság megállapításai:

2020. 04. 09-én telefonon egyeztetett az adatot  
csatolva a követelések:

Követelések száma: 27 15

Beteg kötelek száma: 1

Beteg kötelek ell. sz. = 1 5 fő

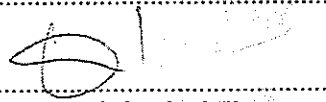
Kijelölt kötelek száma: 1 + 1

Kijelölt kötelek ell. sz.: 1 + 3

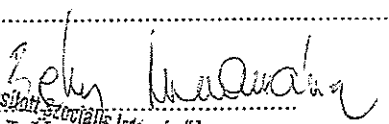
Szabványos kötelek kijelölés kötelek sz.: 23 0

Szabványos kötelek kijelölés kötelek ell. sz.: 23 10

megjegyzés a köteleknek nem feltelek meg,  
fontosnak tekintem a kötelek adatokra.



Hatóság részéről

  
Vas Megyei Szakszolgálat vezetője  
Oszkói Telephelye  
9825 Oszkó, Petőfi S. u. 1  
adószám: 15423005-1-18

