

Приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 21 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-309/2020

Форма, предназначенная для сбора административных данных

"Площадь субъекта здравоохранения"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
<https://www.dsm.gov.kz>

Индекс: 2-ПСЗ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

№	Наименование отделения (пример)	Данные по площади, м2
1	2	3
1	Финансовый блок	
2	Отдел кадров	
3	Администрация	
4	Прачечная	
5	Пищеблок/Кухня/Питание	
6	Транспортировка (гаражи)	
7	Кабинет медицинской статистики	
8	Центральное стерилизационное отделение	
9	Аптека	
10	Рентген отделение (лучевой диагностики)	
11	Отделение ультразвукового исследования организма и функциональной диагностики	
12	Лаборатория	
13	Физиотерапия	
14	Кабинет эндоскопии	
15	Амбулаторное отделение	
16	Морг	
17	Приемное отделение	
18	Операционный блок 1	
19	Операционный блок 2	
20	ОАРИТ взрослый	

21	ОАРИТ детский	
22	Отделение 1	
23	Отделение 2	
24	Отделение 3	
25	Отделение 4	
Итого		

Расшифровка аббревиатур:

ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Руководитель _____ субъекта _____ здравоохранения: М.П.

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель _____ структурного _____ подразделения _____ субъекта здравоохранения:

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель:

(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: _____

Электронный адрес исполнителя: _____

Приложение к форме,
предназначенной
для сбора административных
данных
"Площадь субъекта
здравоохранения"

Пояснение по заполнению формы,
предназначенной для сбора административных данных
"Площадь субъекта здравоохранения"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Площадь субъекта здравоохранения" (далее – Форма).

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган.

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов.

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления.

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

6. Наименование и количество подразделений должны соответствовать наименованиям подразделений в приложениях 8 и 9.

Глава 2. Заполнение формы

7. В графе 1 указывается порядковый номер.

8. В графе 2 указывается наименование отделения согласно утвержденному штатному расписанию субъекта здравоохранения за исследуемый период.

9. В графе 3 указывается данные по площади в м² согласно техническому паспорту субъекта здравоохранения.