*ANEXA Nr. 3*

*la procedură*

**RAPORT**

**privind criteriile și standardele de dotare minimă obligatorie corespunzătoare furnizării serviciilor de fizioterapie**

Subsemnatul, .............................., reprezentant al Colegiului Fizioterapeuților .........................., desemnat prin Decizia președintelui Colegiului Fizioterapeuților ......................... nr. ................, în urma cererii depuse de ...................., cu sediul social în orașul ............................., județul/sectorul ......................................, str. ........................ nr. ...., bl. ......, sc. ....., et. ......, ap. ....., CUI/CIF............................, reprezentat de ................................, în calitate de ......................................, pentru forma de exercitare:

* cabinet fără personalitate juridică:
  + cabinet de practică individual;
  + cabinete de practică grupate;
  + cabinete de practică asociate;
  + societate civilă de practică pentru servicii publice conexe actului medical;
* cabinet cu personalitate juridică:
  + cabinete de practică cu personalitate juridică înființate potrivit Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
  + asociații și fundații înființate potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 246/2005, cu modificările și completările ulterioare,

am efectuat inspecția cu privire la condițiile de dotare minimă obligatorie, în conformitate cu prevederile art. 3 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății nr. 1.992/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, autorizarea, dotarea, funcționarea și înregistrarea cabinetelor de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical, precum și pentru stabilirea documentelor necesare pentru eliberarea autorizațiilor de liberă practică pentru personalul care de desfășoară servicii publice conexe actului medical, a cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de fizioterapie situat în orașul ................................., județul/sectorul .........................................., str. ......................... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. .... și am constatat că sunt îndeplinite următoarele:

1. condiții de dotare minimă obligatorie:
   * 1 spalier;
   * 2 saltele;
   * oglindă de perete;
   * 1 masă de examinare/de terapie simplă;
   * 1 bancă;
   * 2 instalații-montaje scripeți cu contragreutăți;
   * greutăți de diverse mărimi, bastoane, arcuri, cordoane elastice;
   * minimum 3—4 dispozitive pentru recuperare funcțională din grupa dispozitive ajutătoare (de exemplu: pedalier, planșetă basculantă, giroplan, levier pentru cvadriceps, roată și scăriță pentru umăr, placă canadiană, placă pentru abilitățile mâinii etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * cântar pentru persoane;
   * alte dotări, trusă de urgență.
2. condiții privind alte dotări:  
   (Se vor verifica dotările prin raportare la activitățile specifice de fizioterapie menționate în cererea de avizare.)

2.1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alte mențiuni:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ca urmare a constatării îndeplinirii condițiilor de dotare minimă obligatorie, se emite raportul privind criteriile și standardele de dotare minimă obligatorie corespunzătoare furnizării serviciilor de fizioterapie:

* favorabil;
* nefavorabil.

Colegiul Fizioterapeuților .......................................

Reprezentant

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

(reprezentant cabinet de liberă practică)