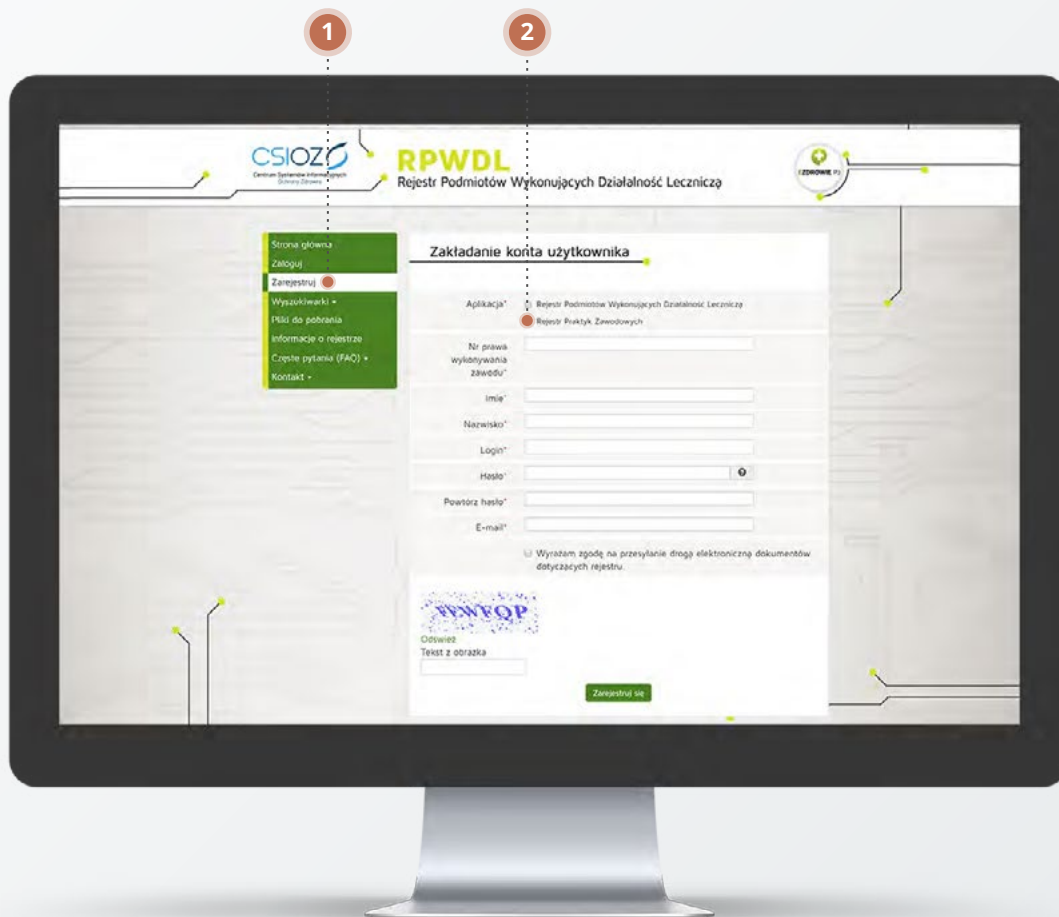


REJESTRACJA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Rejestracja praktyki zawodowej odbywa się za pośrednictwem strony
<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>

Po wejściu na stronę wybierz „Zarejestruj”, a następnie aplikację „Rejestr praktyk zawodowych”.



- Wpisz wymagane do rejestracji dane, zapamiętaj swój login i hasło.
- Po założeniu konta zaloguj się na swoją skrzynkę e-mail i **potwierdź założenie konta** poprzez kliknięcie w link aktywacyjny przesłany z systemu.

Uwagi:

1. Osoby które posiadają jedno lub dwucyfrowy numer pwz poprzedzają go jednym lub dwoma zerami, tak by numer był 3 cyfrowy, np. 001, 010
2. Login można wpisać dowolny, należy go jednak zapamiętać.

- Zaloguj się na konto w RPWDL używając podanych podczas rejestracji loginu i hasła.



Rozpocznij rejestrację praktyki.

- Wybierz pole „Utwórz wniosek praktyka fizjoterapeutyczna”.
- Następnie w zależności od rodzaju praktyki wybierz wniosek o rejestrację praktyki indywidualnej lub grupowej. Poniższa instrukcja dotyczy rejestracji praktyki indywidualnej.



- Wniosek składa się z 4 zakładek:
 1. Praktyka
 2. Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań
 3. Załączniki
 4. Informacje dodatkowe
- Każda z zakładek musi zostać wypełniona.
- Każda zakładka posiada przyciski, służące poruszaniu się po wniosku
 - **Dalej** – przejście do następnej zakładki
 - **Wstecz** – przejście do poprzedniej zakładki
 - **Wyjdź** – wyjście z wniosku z lub bez zapisywania
 - **Zapisz do roboczych** – możliwość zapisania wniosku i dokończenia go w innym terminie
 - **Zatwierdź do podpisu** – przejście do podpisania wniosku, celem jego wysłania

WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK **Zakładka Praktyka**

- Wypełnij rubryki dotyczące danych osoby prowadzącej praktykę. Pola zaznaczone czerwoną gwiazdką są obowiązkowe.

Uwagi:

- 1. Pola dotyczące imion, nazwiska, tytułu zawodowego, numeru prawa wykonywania zawodu** – podaj dane, które figurują w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów, numer prawa składa się z minimum 3 cyfr, np. 001, 010, 64127.
 - 2. NIP** – podaj NIP swojej działalności gospodarczej.
 - 3. Adres do korespondencji** – wybierając przycisk „pobierz dane z CEIDG” system pobierze dane adresowe Twojej działalności gospodarczej, możesz jednak wpisać inny adres korespondencyjny.
- Następnie zaznacz rodzaj praktyki. Wybór dotyczy 3 rodzajów praktyk:

93 – indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym – jest to praktyka prowadzona w zakładzie leczniczym na podstawie zawartej umowy;

95 – indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w miejscu wezwania – jest to praktyka, której właściciel nie posiada gabinetu, świadczeń udziela np. u pacjenta w domu;

98 – indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna – jest to praktyka, którą wykonuje się we własnym gabinecie, dostosowanym do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W przypadku rejestracji dwóch rodzajów praktyki np. 93 i 95 należy zaznaczyć oba rodzaje.

- W polu data rozpoczęcia działalności leczniczej wprowadź planowaną datę rozpoczęcia działalności.
 - Jeśli działalność planujesz rozpocząć np. za 2 miesiące – podaj **tę datę**.
 - Jeśli działalność planujesz rozpocząć „od zaraz” lub prowadzisz ją cały czas, wpisz **datę bieżącą**.



WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK

Zakładka adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań

Użyj przycisku „**dodaj adres i zakres świadczeń**”.

Wprowadzenie wniosku o wpis do rejestru

Nr wniosku:

Uwaga Informujemy, że na podstawie danych udostępnionych przez GUS, zaktualizowany został słownik TERYT. W aktualnym słowniku zmienione zostały nazwy gmin z np. "m. Gdańsk" na "Gdańsk". W związku z powyższym, chcąc uzyskać w systemie podpowiedź dla nazwy gminy tego typu, należy wpisywać pierwsze litery nowych nazw gmin z pominięciem ciągu "m".
W związku z udostępnieniem opcji podpowiadania danych adresowych z rejestru TERYT, prosimy o wprowadzanie/korygowanie nazw ulic wg podpowieści sugerowanych przez aplikację, które są zgodne z nazwami ulic udostępnianymi przez GUS na stronie <http://www.stat.gov.pl/broker/access/index.jspa>.

* - pola obowiązkowe

Wyjdź Zapisz do roboczych Zatwierdź do podpisu

praktyka **93 - indywidualna praktyka fizjoterape...** Załączniki Informacje dodatkowe

Adresy miejsc udzielania świadczeń

Lp.	Rodzaj praktyki	Adres	Akcje
Ewal: danych			
Dodaj adres i zakres świadczeń			

Wstecz Dalej Wyjdź Zapisz do roboczych Zatwierdź do podpisu

Wybierz rodzaj praktyki dla której podajesz miejsce udzielania świadczeń, następnie wypełnij pola dotyczące rodzaju i zakresu świadczeń wpisując „**TAK**” lub „**NIE**”.

Adres miejsca udzielania świadczeń

Rodzaj praktyki fizjoterapeutycznej: 93 - indywidualna praktyka fizjoterape...

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
wypełnić dla każdego rodzaju praktyki i miejsca

Diagnostycznych: tak

Leczniczych: tak

Rehabilitacyjnych: nie

Edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia: nie

Innych: nie

KROK 4

*Jak zarejestrować praktykę?
Rejestracja praktyki zawodowej.*

Adres miejsca udzielania świadczeń
zdrowotnych

Znajdź zakład leczniczy

Numer REGON	<input type="text"/>
Nazwa zakładu leczniczego	<input type="text"/>
Kod terytorialny*	<input type="text" value="Kod terytorialny"/>
Województwo*	<input type="text" value="---"/>
Wyszukiwanie miejscowości	<input type="text" value="Nazwa miejscowości"/>
Powiat*	<input type="text"/>
Gmina*	<input type="text"/>
Miejscowość*	<input type="text"/>
Kod pocztowy* / Poczta	<input type="text" value="- - - -"/> <input type="text" value="Poczta"/>
Nr skrytki pocztowej	<input type="text" value="Numer skrytki pocztowej"/>
Ulica	<input type="text" value="Przedrostek"/> <input type="text" value="Ulica"/>
Nr budynku* / Nr lokalu	<input type="text" value="Numer budynku"/> <input type="text" value="Numer lokalu"/>
Telefon*	<input type="text" value="Telefon"/>
E-mail*	<input type="text" value="E-mail"/>
Adres strony internetowej	<input type="text" value="Adres strony internetowej"/>

WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK

Zakładka adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań

- Poniżej podajemy definicje poszczególnych rodzajów świadczeń:

-świadczenia diagnostyczne – wywiad i badanie fizykalne mające na celu zaplanowanie dalszej fizjoterapii oraz wyznaczenie jej celu, diagnostyka z wykorzystaniem różnego rodzaju aparatury diagnostycznej niezbędnej do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta;

-świadczenia lecznicze – wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na ukierunkowanych działaniach zgodnych z planem oraz celem fizjoterapii - tutaj zwierają się wszelkie działania fizjoterapeutyczne, wszystkie terapie i metody;

-świadczenia rehabilitacyjne - powrót do pracy, hobby, itp.;

-świadczenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia - fizjoprofilaktyka pierwotna, fizjoprofilaktyka wtórna, fizjoprofilaktyka trzeciej fazy, działania profilaktyczne oraz edukacyjne skupione na uświadomieniu pacjenta oraz nauka w jaki sposób bezpiecznie powrócić do aktywności dnia codziennego lub sportu/pracy/i in. również dieta, profilaktyczny rodzaj aktywności.

- **Poniżej wpisz dane adresowe.**

-W przypadku praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w podmiocie leczniczym (93) wypełnij dane dotyczące podmiotu leczniczego, z którym zawarłeś umowę (możesz skorzystać z wyszukiwarki wybierając przycisk „Znajdź zakład leczniczy”).

-W przypadku praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w miejscu wezwania (95) podaj 2 adresy: adres miejsca przyjmowania wezwań oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej. Możesz skorzystać z przycisku „skopiuj adres praktyki” jeśli adres korespondencyjny, który podałeś w zakładce praktyka jest taki sam.

-W przypadku indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej (98) podaj adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Możesz skorzystać z przycisku „skopiuj adres praktyki” jeśli adres korespondencyjny, który podałeś w zakładce praktyka jest taki sam.

- Po wypełnieniu pól dotyczących adresów wybierz przycisk „dodaj” i przejdź do kolejnej zakładki.

WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK Zakładka Informacje dodatkowe

praktyka® Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wozwów Załączniki **Informacje dodatkowe**

Informacje dodatkowe

Data złożenia wniosku* 2019-03-04

Osoba składająca wniosek

Imię* Jan

Nazwisko* Kowalski

E-mail* jak.kowalski@email.pl

Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek

Krajowa Rada Fizjoterapeutów

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą; *
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; *
- 3) nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej ani punktu aptecznego, a także nie wystąpiłem z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie; *
- 4) nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. *

Wstecz Wyjdź Zapisz do roboczych **Zatwierdź do podpisu**

- W zakładce informacje dodatkowe należy:
 1. Sprawdzić poprawność danych, które wypełniły się w sposób automatyczny tj. imię, nazwisko, email, data (bieżąca).
 2. Odznaczyć właściwe oświadczenia.
- Następnie kliknij „**zatwierdź do podpisu**”.

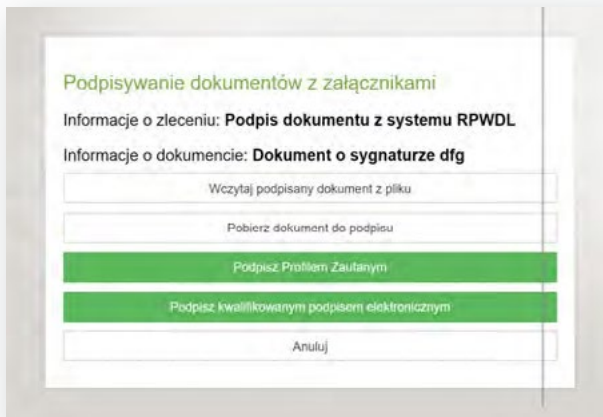
Wyświetlą się następujące opcje do wyboru:

1. **Modyfikuj wniosek** – jeśli chcesz poprawić wniosek,
2. **Wydruk pełny** – jeśli chcesz wydrukować wniosek,
3. **Wydruk częściowy** – jeśli chcesz wdrukować wniosek,
4. **Zobacz załączniki wniosku** – jeśli chcesz sprawdzić załączniki wniosku,
- 5. Zweryfikuj wniosek – jeśli chcesz przejść do podpisania wniosku,**
6. **Usuń wniosek** – jeśli chcesz usunąć wniosek,
7. **Pobierz wniosek** – jeśli chcesz pobrać wniosek,
8. **Powrót do strony startowej.**

- Na kolejnym etapie pojawią się powyższe opcje oraz dodatkowa:

9. Podpisz elektronicznie – wybierz tę opcję aby złożyć podpis pod wnioskiem.

Wyświetli się Twój wniosek. Masz ponownie możliwość sprawdzenia poprawności danych, wybierz „**podpisz**”. Na kolejnej stronie wyświetli się strona z możliwością wyboru sposobu podpisu dokumentu.



- W zależności od rodzaju podpisu elektronicznego, z jakiego chcesz skorzystać wybierz „**Podpisz Profilem Zaufanym**” lub „**Podpisz kwalifikowanym podpisem elektronicznym**”. System przekieruje Cię na stronę wybranego narzędzia. Podpisz wniosek, nastąpi przekierowanie do strony rejestru, gdzie należy wybrać opcję „**Wyślij wniosek**”.

- Następnie wybierz „**Podpisz profilem zaufanym**” - wniosek o wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zostanie podpisany i nastąpi przekierowanie do strony rejestru, gdzie należy wybrać opcję „**Wyślij wniosek**”.

**Wniosek zostanie przesłany do Krajowej Rady Fizjoterapeutów.
Pracownicy rejestru zweryfikują wniosek.**

- Jeśli wniosek zostanie zweryfikowany jako **kompletny**, w przeciągu 30 dni od wpływu wniosku Twoja praktyka zostanie zarejestrowana w rejestrze a zaświadczenie o wpisie zostanie wysłane na podany we wniosku adres poczty elektronicznej oraz dostępne będzie na koncie <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/> w zakładce „**zaświadczenia praktyk fizjoterapeutycznych**”.

- Jeżeli wniosek zostanie zweryfikowany jako **niekompletny** lub **niepoprawnie wypełniony**, w przeciągu 7 dni od wpływu wniosków zostanie zwrócony wraz wezwaniem do uzupełnienia braków. Wiadomość będzie widoczna w zakładce „**dokumenty**”.



- Aby poprawić wniosek i wysłać go ponownie należy wybrać opcję „**wnioski zwrócone do uzupełnienia**”, później „**przywróć wniosek do stanu roboczego**”, a następnie „**modyfikuj wniosek**” i należy wprowadzić wymagane zmiany. W tym celu postępuj w sposób opisany od początku niniejszej instrukcji.

Zapraszamy do zapoznania się z najczęściej zadawanymi **pytaniami i odpowiedziami** na stronie <https://pomoc.kif.info.pl/category/dzialalnosc-lecznicza-praktyki-zawodowej/>

W przypadku pytań zapraszamy do kontaktu mailowego na adres:

praktyka.zawodowa@kif.info.pl

lub telefonicznego **22 230 2015** lub **22 230 2016**.