

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 444 65 36 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313437 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | x - 2 karetki | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x - 1 punkt | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | | | | | od dnia 22.04.2020 r. | | od dnia 1.11.2020 r. | |
| telefon/ telefony | 77 444 65 36 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 12.11.2020 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 480 11 70 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311579 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 480 11 70 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | I i II (od 3.11.2020 r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głucholazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 15 68 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | | x | x | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głucholazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 15 68 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--|
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | | | | | | | | | I (do 2.11.2020 r.) i II (od 3.11.2020 r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 28 50 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530938517 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | | | | | | | | | I i II (od 30.10.2020 r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 34 350 97 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306584 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x od dnia 03.06.2020 r. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleckiego 46; | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261-62-51-29 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531563611 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | x | | | | x | x- 7.04.2020 r. | x od dnia 07.05.2020 r. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleckiego 46; | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--|
| nazwa: | SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | od dnia 22.04.2020 r. | | od dnia 05.06.2020 r. | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu | | | | | | | | | I oraz III w zakresie trombektomi mechanicznej w udarze niedokrwinnym mózgu; świadczenia dla pacjentów ze schorzeniami z zakresu psychiatrii |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 54 14 200 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu | | x | | | | x | x - 10.04.202 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | | | | | | | | | I i III w zakresie kardiologii, neurochirurgii, chirurgii naczyniowej, dziecięcej i szcękowo-twarzowej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 452 07 45 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 461 33 80 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311585 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 461 33 80 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 21.09.2020 r. | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 427 34 91 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | | | | | | | | | I (do 26.10.2020 r.) II (od 27.10.2020 r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej-Curie 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej-Curie 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 78 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532448467 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku | | x | | | | x | x- 9.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | od dnia 30.04.2020 r. | | | |
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160213499 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x - S i M | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 1.11.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 404 02 48 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160216463 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ | | x | | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z o.o. | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Końskiego 53 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 443 31 00, | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531418151 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH | | x | x | | | x | x - 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ Katowicka 64 | | | 01.10.2020 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 443 30 43, 77 443 30 44 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH | | | x | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ Katowicka 64 | | | 03.11.2020 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 443 30 43, 77 443 30 44 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY | | x | x | | | x | x - 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bohaterów Warszawy 34 | | | 04.11.2020 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 408 79 56 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------------|
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | | | | | | | | (II, III) IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314661 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | x | x | | | x | x - 7.04.2020 r. | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | | | | | | | x - od 3.11.2020 r. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 04.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach im. św. Jana Pawła II | | | | | | | | | (II, III) IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głucholazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 16 14 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531172135 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach im. św. Jana Pawła II | | | | | | x | x - 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głucholazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 16 14 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 441 36 39 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000292445 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | x | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | 3 karetki | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 498 685, 690 497 875, 77 441 36 00 , 77 551 36 01 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | DAVITA sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-748/ul. Wojciecha Biosa 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 445 59 46 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 145884498 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | DAVITA sp. z o.o. | | x | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-748/ul. Wojciecha Biosa 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 445 59 46 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 06 34 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000640136 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | | | | | | x | x - 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o o | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łąbinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 35 05 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 362542315 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o o | | | | x | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łąbinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 35 05 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530571749 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | | | | | | x | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | x | | | | od dnia 22.04.2020 r. | x- 8.04.2020 r. | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 00065453 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o | | | | | | x | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | od dnia 15.04.2020 r. | x- 7.04.2020 r. | | |
| telefon/ telefony | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Klinika Nova Spółka z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 70 70 100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 161509339 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Klinika Nova Spółka z o.o. | | | | | | x | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | | od dnia 17.04.2020 r. | od dnia 7.10.2020 r. | | |
| telefon/ telefony | 77 70 70 100 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531420768 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | | | | | | | x - 7.04.2020 r. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii | | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 351618159 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii | | x | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | od dnia 27.10.2020 r. | | | | od dnia 25.05.2020 r. | | | |
| telefon/ telefony | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------|--|
| nazwa: | NZOZ „Ortopedia” S.C. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160088887 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | NZOZ „Ortopedia” S.C. | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | od dnia 03.07.2020 r. | | | |
| telefon/ telefony | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | | | | | | | | | I (od 20.11.2020 r.) i III w zakresie leczenia zespołów abstynencyjnych dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych i oddziału detoksykacyjnego (OLAZA) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 43 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291055 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | | x | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | od dnia 22.04.2020 r. | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 12.11.2020 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 12 295 01 51 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno /46-300/ ul. Małe przedmieście 14 | | | | | | | | x | |
| telefon/ telefony | 343584783 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 15.09.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------|
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-551/ ul. Tuwima 1 | | | | | | | | x | |
| telefon/ telefony | 775559090 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 15.09.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. Skłodowskiej-Curie 6 | | | | | | | | x | |
| telefon/ telefony | 774133410 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 15.09.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ ul. Sudecka 23 | | | | | | | | x | |
| telefon/ telefony | 503923601 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 23.09.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ ul. Mickiewicza 1 | | | | | | | | x | |
| telefon/ telefony | 503923601 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 24.09.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ ul. Wojska Polskiego 27 | | | | | | | | x | |
| telefon/ telefony | 503923601 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 25.09.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|---------------------------------|--|--------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047 / ul. Waryńskiego 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 693941037 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 01.10.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ ul. Fabryczna 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500872089 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | 09.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Spółka z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielina/47-370/Zamkowa 1A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 466 84 18 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000293634 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Spółka z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielina/47-370/Zamkowa 1A | | | x | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 466 84 18 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 4.11.2020 r. | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | VITAL MEDIC sp. z o.o. | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 549 26 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160286601 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | VITAL MEDIC sp. z o.o. | | x | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 466 84 18,77 466 84 63 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 04.11.2020 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | „Falck Medycyna” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/01-102/Jana Olbrachta 94 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 278 82 08 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 15755741 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | „Falck Medycyna” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | x - 2 karetki | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-206/ ul. Mickiewicza 16/18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 188 124 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 12.11.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | „Falck Medycyna” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | x - 1 karetka | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-752 / ul.Dworska 2B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 188 124 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 12.11.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|---|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----------------------------------|
| nazwa: | Diaverum sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 04-769/ Cylichowska 13/15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 516 06 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 140878910 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Diaverum w Głubczycach | | x | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/ 48-100/ Marii Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 485 38 57, 22 516 06 42 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 17.11.2020 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|--|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielenie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |

Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|--|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |

Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|--|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |

Wojewoda Opolski
Adrian Czubak

Opole, dnia 24 listopada 2020 r.

z upoważnienia Dyrektora OOWNFZ
Beata Cyganiuk Zastępca Dyrektora ds. Medycznych