

## Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|---|--|----------------------------------|---|--|---|
| nazwa   | AMERICAN HEART OF POLAND   |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | USTROŃ, 43-450, UL. SANATORYJNA 1  |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 32 760 46 00   |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 72347621   |                                  |   |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Polsko - Amerykańskie Kliniki Serca Centrum Sercowo - Naczyniowe w Augustowie    |                                  | X   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, UL. M.KONOPNICKIEJ 11  |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 876438355  |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                  | 23.04.2021  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa   | Holmed Uzdrowisko Sp. z o.o.   |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, Supraśl, ul. Uroczysko Pustelnia 1                              |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 857222122  |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 364736615  |                                  |   |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Holmed Uzdrowisko Sp z o.o. Szpital Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowy               |                                  | X   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl, 16-030, Supraśl, ul. Uroczysko Pustelnia 1                              |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 857222122  |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |  | 23.04.2021                       |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa   | Blavita Polska S.A.  |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-097, ul. M. Skłodowskiej-Curie 14                                  |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 85 653 45 27   |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 659414   |                                  |   |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowiskowe Augustów   |                                  | X   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów, 16-300, ul. Zdrojowa 3/5/7   |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 876432871  |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |  | 23.04.2021                       | 23.04.2021  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa   | Szpital Ogólny im.Witolda Gineła w Grajewie                                      |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo, 19-200, ul. Konstytucji 3 Maja 34                                       |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 862723271  |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 450666822  |                                  |   |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji  |                                  | X   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo, 19-200, ul. Konstytucji 3 Maja 34                                       |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 862723271 w.289  |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                  | 29.04.2021  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                  |   |  |   |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |  | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400, ul. Waryńskiego 22A   |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 875662233  |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 875662233  |                                  |   |  |   |

|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacyjny                                       |   | <b>X</b>   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki, 16-400, ul. Waryńskiego 22A                          |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 875662233   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 29.04.2021                              |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa   | Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, ul. Al. Piłsudskiego 11                        |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 864733900   |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 450665024   |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji   |   | <b>X</b>   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, Al. Piłsudskiego 11                            |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 864733481   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 29.04.2021                              |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej                         |   | <b>X</b>   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, Al. Piłsudskiego 11                            |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 864733481   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 29.04.2021                              |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej                          |   | <b>X</b>   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża, 18-404, Al. Piłsudskiego 11                            |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 864733481   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 29.04.2021                              |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce     |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka, 17-200, ul. Doc. Adama Dowgirda 9                   |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 856829183   |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 50582500  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Oddział Rehabilitacji Leczniczej                              |   | <b>X</b>   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka, 17-200, ul. Doc. Adama Dowgirda 9                   |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 856829156   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 11.05.2021                              |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Gabinet fizjoterapii dla pacjentów po przebyciu COVID-19      |   |  | <b>X</b>  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka, 17-200, ul. Doc. Adama Dowgirda 9                   |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 856829146   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 28.05.2021                              |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa   | E. & B. Falkowscy s.c.  |   |  |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka, 16-200, ul. 11 Listopada 14              |   |  |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 85 71 21 360  |   |  |   |  |
| identyfikator REGON                               | 50329439  |   |  |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>zakład lecznictwa uzdrowiskowego</b> | <b>podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych</b> | <b>podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych</b> |
| nazwa:  | Dział (pracowania) fizjoterapii                               |   |  | <b>X</b>  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów, 16-300, ul. Zarzecz 17 B                            |   |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 534009398   |   |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |   | 11.05.2021                              |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
|---|---|----------------------------------|---|--|---|
| nazwa:  | Zespół rehabilitacji domowej  |                                  |   |  | X   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów, 16-300, ul. Zarzecze 17 B                                     |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 534009398   |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  | 11.05.2021  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka, 16-200, ul. M.C. Skłodowskiej 15                   |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 86 712 33 17  |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 50583037  |                                  |   |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Pracownia Fizjoterapii  |                                  |   |  | X   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka, 16-200, ul. M.C. Skłodowskiej 15                   |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 85 71 23 340  |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  | 20.05.2021  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa   | Euro-Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tychy, 43-100, ul. Zgrzebniońska 22                                     |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 87 712 33 17  |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 661227758   |                                  |   |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Zespół Rehabilitacji Domowej  |                                  |   |  | X   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, 15-270, ul. Wojskowa 4                                       |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 661907800   |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  | 20.05.2021  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Zespół Rehabilitacji Domowej  |                                  |   |  | X   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Monki, 19-104, ul. Wyzwolenia 16  |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 661907800   |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  | 20.05.2021  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |   | zakład lecznictwa                | podmiot realizujący   | podmiot realizujący  | podmiot realizujący                                   |
| nazwa   | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku                           |                                  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, ul. M. Skłodowskiej – Curie 24A, 15-276 Białystok            |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                | 85 831 83 35  |                                  |   |  |   |
| identyfikator REGON                               | 288610  |                                  |   |  |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | zakład lecznictwa uzdrowiskowego | podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych | podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych |
| nazwa:  | Pracownia Fizjoterapii  |                                  |   |  | X   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok, ul. M. Skłodowskiej – Curie 24A, 15-276 Białystok            |                                  |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 85 831 83 15  |                                  |   |  |   |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                  |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                  |   |  | 28.05.2021  |