

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|---|
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada | I poziom nadal , II od 22.03.2021r. do 11.05.2021r. |
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | | x | | | x | x | x - S | | |
| 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 | | | | | | | 2020-04-07 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada | II do 25.05.2021, od 26.05.2021r. I poziom |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | | x | | | x | x | x - S | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | 2020-06-03 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleckiego 46 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | 2020-05-07 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

II od 22.03.2021r. Do 30.05.2021rr, od 31.05.2021r. tylko I

I nadal, II do 30.05.2021r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 2020-04-22 | 2020-04-07 | 2020-06-05 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | 2021-06-06 | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu | | x | | | x | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-10 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

II do 30.05.2021r., I od 31.05.2021r.

I oraz III w zakresie trombektomii mechanicznej w udarze niedokrwiennym mózgu; świadczenia dla pacjentów ze schorzeniami z zakresu psychiatrii

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 461 33 80 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | 2020-09-21 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

I, II do 18.05.2021r.

I, II do 14.05.2021r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | | x | | | x | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 2020-04-30 | 2020-04-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

I, II do 18.05.2021r.

I

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia | | x | | | x | x | x- Si 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 | | | | | | | 2020-04-07 | 2020-11-01 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

I i II do 24.03.2021r.

I

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|--------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|---------------------------|
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 443 31 00, | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531418151 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada | II oraz I od 12.05.2021r. |
| nazwa: | ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH | | x | x | | x | x | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ Katowicka 64 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 443 30 43, 77 443 30 44 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2020-10-01 | | | 2020-04-07 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada | II oraz I od 12.05.2021r. |
| nazwa: | ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY | | x | | | x | x | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bohaterów Warszawy 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 408 79 56 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 2020-11-04 | | | 2020-04-07 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 01.06.2021r. | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|--------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | x | | | x | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | 01.06.2021r. | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-11-03 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | 2021-06-04 | |

I poziom od 26.05.2021r. , (II, III) nadal; IV do 31.05.2021r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | | | | | x | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 16 14 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | x - 3 karetki | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 498 685, 690 497 875, | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | | | | | x | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 2020-04-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | | x | | | x | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 2020-04-22 | 2020-04-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | | | | | | x | | |
| 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 | | | | | | | 2020-04-07 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| 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 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-10-27 | | | 2020-05-25 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2021-06-11 | | | | | | |

III do 10..06.2021

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | NZO „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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | NZO „Ortopedia” S.C. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | x | | | |
| telefon/ telefony | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 2020-07-03 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | x | | | x | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-11-12 | | | 2020-04-22 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

I i III w zakresie leczenia zespołów abstynencyjnych dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych i oddziału detoksykacyjnego (OLAZA) oraz w zakresie leczenia pacjentów psychiatrycznych

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno /46-300/ ul. Małe przedmieście 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 343584783 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-551/ ul. Tuwima 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 775559090 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. Skłodowskiej-Curie 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 774133410 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-15 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ ul. Sudecka 23 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2020-09-23 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| nazwa: | VITAL MEDIC sp. z o.o. | | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | VITAL MEDIC sp. z o.o. | | x | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 549 26 50 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 2020-11-04 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 15.05.2021r. | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| 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 | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | „Falck Medycyna” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-752 / ul.Dworska 2B | x - 1 karetka (od 01.03.2021 r.) | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 498 685; 690 497 875 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 2020-11-12 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2021-06-01 | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 34 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
|---|--------------------------------|------------------------|---|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|
| 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 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | teleporada |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków 49-200, ul. Sportowa 3 | | | | | | | x - S | |
| telefon/ telefony | 693-941-037 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | 2021-03-30 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)

z-ca Dyrektora OOWNFZ
Beata Cyganiuk

Opole, dnia 11 czerwca 2021 r.