|  |
| --- |
| **SAĞLIK TESİSİ**  |
| **Tesisin Adı** |  |
| **Kurum Kodu** |  |
| **Ruhsat Numarası1** |  |
| **Tesis Türü2** |  |
| **Tesis Hizmet Rolü3** |  |
| **Basamak Grubu4** |  |
| **Tescil Edilen Yatak Sayısı5** |  |
| **Tescil Edilen Ünit Sayısı6** |  |
| **Aile Hekimliği Birim Sayısı7** |  |
| **Poliklinik Oda Sayısı8** |  |
| **Hizmet Veren Hekim Sayısı9** |  |
| **Adresi** |  |
| **İletişim Bilgileri** | **Telefon:**  | **Faks:** | **E-Posta:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **KURUM****KODU** | **BAĞLI BİRİM/EK BİNASI ADI** | **ADRESİ** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

**1Ruhsat Numarası :** Mevcut sağlık tesisleri için yazılır, yeni ruhsatlandırılacak sağlık tesisleri için boş bırakılır.

**2Tesis Türü :** Sağlık tesislerinin hizmet verdiği tür yazılır (poliklinik, TSM, ASM, mediko- sosyal, kurum hekimlikleri vb.)

**3Tesis Hizmet Rolü :** Mevcut sağlık tesislerinin tescili yapılmış rolü yazılır, yeni açılacak sağlık tesisleri için boş bırakılır.

**4 Basamak Grubu :** 2019/10 nolu Genelge gereği basamağı yazılır.

**5Tescil Edilen Yatak Sayısı :** Sağlık tesisine ait Bakanlıkça tescil edilen yatak sayısı yazılır.

**6Tescil Edilen Ünit Sayısı :** Sağlık tesisine ait Bakanlıkça tescil edilen ünit sayısı yazılır.

**7Aile Hekimliği Birim Sayısı:** Aile sağlığı merkezlerine bağlı aile hekimi birim sayısı yazılır.

**8Poliklinik Oda Sayısı :** Belediye, OSB, mediko-sosyal ve diğer kamu kurum ve kuruluşları bünyesindeki sağlık tesislerinde bulunan poliklinik oda sayısı yazılır.

**9Hizmet Veren Hekim Sayısı:** Bu kısım, belediye, OSB, mediko-sosyal ve diğer kamu kurum ve kuruluşları bünyesindeki sağlık tesisleri için doldurulacaktır.

**NOT: *Bağlı birim/ek bina sayısının fazla olması halinde form üzerinde ilave yapılabilir.***

**AÇIKLAMA:**

…………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………….……………..………………………………………………………………………………………………………….………………..……………………………………………………………………………………………………….…………………...…………………………………………………………………………………………………….

**Tarih**

**……/……/……**

**Ek:** Komisyon raporuna ilave edilen tüm evraklar bu kısımda belirtilecek.

**KARAR:**

Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliğine göre yerinde yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda ilgili sağlık tesisine geçici ruhsat/ruhsat belgesinin verilmesi komisyonumuzca uygun görülmüştür/uygun görülmemiştir.

**Tarih**

**……/……/……**

 İlgili sağlık tesisinin projesine uygunluğu ve fiziki kriterlerinin inceleme ve değerlendirmesi sonunda iş bu komisyon raporu düzenlenmiştir.