



فرم بازدید کارشناسان اداره امور درمان از مطب پزشکان

نام و نام خانوادگی پزشک: عمومی ☐ متخصص ☐ (نوع تخصص): محل اشتغال در اوقات صبح: تاریخ بازدید: آدرس مطب: شماره تلفن:

بلی خیر

- 1- آیا پروانه مطب معتبر در محل الصاق گردیده است؟ ☐ ☐
- 2- آیا تعرفه های قانونی برای معاینه و انجام خدمات پزشکی رعایت می شود؟ ☐ ☐
- 3- آیا فضای فیزیکی مطب مناسب می باشد؟ ☐ ☐
- 4- فضای فیزیکی اتاق انتظار.....وجود صندلی کافی.....تامین گرمایش و سرمایش.....تهویهسرویس بهداشتیآب آشامیدنیسایر امکانات رفاهی بیماران مطلوب می باشد؟ ☐ ☐
- 5- آیا از پاراوان و پرده مناسب در کنار تخت معاینه استفاده می شود؟ ☐ ☐
- 6- آیا پزشک از روپوش سفید و تمیز استفاده می نمایند؟ ☐ ☐
- 7- آیا ست معاینه کامل وجود دارد؟ ☐ ☐
- 8- آیا برای معاینه و اقدامات تشخیصی از وسایل استریل و یایکبار مصرف استفاده می شود؟ ☐ ☐
- 9- آیا کپسول اکسیژن با مانومتر سالم وجود دارد؟ ☐ ☐
- 10- آیا لوازم احیا و داروهای اورژانس وجود دارد؟ ☐ ☐
- 11- آیا بهداشت و نظافت وسایل مورد استفاده و محیط کار رعایت می شود؟ ☐ ☐
- 12- آیا مطب دارای فور یا اتوکلاو می باشد؟ ☐ ☐
- 13- آیا تابلوهای مطب منطبق با قوانین و مقررات می باشد؟ ☐ ☐
- 14- آیا مطب دارای واحد تزریقات و پانسمان می باشد؟ ☐ ☐
- 15- آیا حداقل زمان لازم برای ویزیت بیمار و حفظ حرمت بیمار (عدم ویزیت همزمان چند بیمار) رعایت می شود؟ ☐ ☐
- 16- آیا برای مادران باردار پرونده مراقبت دستی و یا الکترونیکی تشکیل می شود؟ ☐ ☐
- 17- رضایت مندی مراجعین از تعرفهبرخورد پزشک برخورد کارکنان..... ☐

ملاحظات: