



اداره امور درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز
فرم بازدید دفاتر تغذیه ورزش درمانی

تاریخ بازدید:

مشخصات مرکز:

نام و نام خانوادگی مونس: نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز:

شماره پروانه و تاریخ اعتبار آن:

نشانی محل کار و شماره تلفن تماس:

نوع و محل استقرار مرکز: استیجاری شخصی منزل
زیر زمین همکف طبقه مشترک مستقل

۱- نحوه مراجعه بیماران به چه صورت می باشد؟ مستقیم غیر مستقیم (ارجاعی)

۲- آیا نسبت به تشکیل پرونده بیمار (مشخصات، روند درمانی) و بایگانی آن اقدام شده است؟
 بلی خیر

۳- آیا غیر از مکمل ها (ویتامین و املاح) داروهای دیگری تجویز می گردد؟ بلی خیر

۴- آیا غیر از مشاوره چهره به چهره از ابزار دیگری نظیر نرم افزار CD و کتبات و... استفاده می گردد؟ بلی خیر

۵- آیا تعرفه های قانونی رعایت میشود؟ بلی خیر

۶- آیا غیر از مسئول فنی دفتر افراد دیگری در امر مشاوره دخالت دارند؟ بلی خیر

۷- آیا استاندارد نابلو ها از نظر ابعاد و درج عناوین رعایت شده است؟ بلی خیر

۸- فضای فیزیکی اتاق مشاوره از نظر ابعاد و اصول بهداشتی مناسب می باشد؟ بلی خیر

۹- آیا محل از وسایل گرمازا و خنک کننده مناسب برخوردار می باشد؟ بلی خیر

۱۰- آیا فضای فیزیکی سائن انتظار از نظر ابعاد، اصول بهداشتی و رفاه مراجعین مناسب می باشد؟ بلی خیر

۱۱- آیا حداقل تجهیزات تشخیصی و معاینه فراهم شده است؟ بلی خیر

۱۲- آیا همکاری مطوب با کارشناس نظارت بعمل می آید؟ بلی خیر

توضیحات و نظر نهائی کارشناس بازدید کننده:-----

نام و امضاء کارشناس امور درمان

نام و امضاء مسئول کمی مرکز