



فرم بازدید کارشناسان اداره اموردرمان از مطب پزشکان

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

بلی خیر

- 1- آیا پروانه مطب معتبر در محل الصاق گردیده است؟
- 2- آیاتعرفه های قانونی برای معاینه و انجام خدمات پزشکی رعایت می شود؟
- 3- آیا فضای فیزیکی مطب مناسب می باشد؟
- 4- فضای فیزیکی اتاق انتظار.....وجودصندلی کافی.....تامین گرمایش و سرمایش.....تهویهسرویس بهداشتیآب آشامیدنیسایر امکانات رفاهی بیماران مطلوب می باشد؟
- 5- آیا ازپاروان و پرده مناسب درکنار تخت معاینه استفاده می شود؟
- 6- آیا پزشک ازروپوش سفید و تمیز استفاده می نمایند؟
- 7- آیا ست معاینه کامل وجود دارد؟
- 8- آیا برای معاینه و اقدامات تشخیصی ازوسایل استریل و یایکبار مصرف استفاده می شود؟
- 9- آیا کپسول اکسیژن با مانومتر سالم وجوددارد؟
- 10- آیا لوازم احیا و داروهای اورژانس وجوددارد؟
- 11- آیا بهداشت و نظافت وسایل مورد استفاده و محیط کاررعایت 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- رضایتمندی مراجعین از تعرفهبرخورد پزشک برخورد کارکنان.....

ملاحظات :