|  |
| --- |
| **SAĞLIK TESİSİ**  |
| **Adı** |  |
| **Kurum Kodu** |  |
| **Ruhsat Numarası1** |  |
| **Tesis Türü2** |  |
| **Tescil Edilen Rolü3** |  |
| **Basamak Grubu4** |  |
| **Tescil Edilen Yatak Sayısı5** |  |
| **Tescil Edilen Ünit Sayısı6** |  |
| **Tescil Edilen Yoğun Bakım** **Yatak Sayısı7** |  |
| **Tescil Edilen Palyatif** **Bakım Yatak Sayısı8** |  |
| **Bina Ön İzin Tarihi9** |  |
| **Poliklinik Oda Sayısı10** |  |
| **Hizmet Veren Hekim Sayısı11** |  |
| **Adresi** |  |
| **İletişim Bilgileri** | **Telefon:** | **Faks:** |
| **Web adresi:** | **E-Posta:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **KURUM** **KODU** | **BAĞLI BİRİM/EK BİNASI ADI** | **ADRESİ** | **Bina Ön İzin Tarihi** |
| **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 (Hastane, tıp merkezi, ADSM vb.)

**3Tescil Edilen Rolü** : Sağlık tesisinin hizmet verdiği rol grubu yazılır (AI-AII-B-C-D-EI-EII-EIII)

**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; diş hekimliği fakülteleri, diş hastaneleri ile ağız ve diş sağlığı merkezleri tarafından yazılır.

**7Tescil Edilen Yoğun Bakım Yatak Sayısı:** Sağlık tesisine ait Bakanlıkça tescil edilen yoğun bakım yatak sayısı var ise yazılır.

**8Tescil Edilen Palyatif Bakım Yatak Sayısı:** Sağlık tesisine ait Bakanlıkça tescil edilen palyatif bakım yatak sayısı var ise yazılır.

**9Bina Ön İzin Tarihi :** Devlet üniversitelerine ait binalarının yapımına dair verilen Bakanlık iznini ifade eder.

**10Poliklinik Oda Sayısı :** Sadecebelediye, OSB, mediko-sosyal ve diğer kamu kuruluşları **(Sağlık Bakanlığı ve devlet üniversiteleri hariç)** bünyesindeki tıp merkezlerinde bulunan poliklinik oda sayısı yazılır.

**11Hizmet 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.