



**DIŞ POLİKLİNİĞİ AÇILIŞ İNCELEME TUTANAĞI**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Poliklinik Adı:          |  |
| Poliklinik Adresi:       |  |
| Mesul Müdür:             |  |
| Başvuru Dilekçe Tarih/No |  |

1. Polikliniğin açılacağı adresini belirten uygunluk belgesi düzenlenmesini içeren dilekçenin mevcut **olduğu / olmadığı,**
2. Polikliniğin başvuru dosyasında söz konusu yönetmeliğin ek1/b de yer alan bütün evrakların mevcut **olduğu / olmadığı,**
3. Muayenehanenin oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanıldığını gösterir en az 1/100 ölçekli plan. **olduğu / olmadığı,**
4. Poliklinikte çalışan diş hekimi sayısı ..... Söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
5. Poliklinikte mevcut diş üniti sayısı ..... Söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
6. Polikliniğin bulunduğu kısımda ilgili mevzuata göre yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına dair yetkili merciden alınan belgenin mevcut **olduğu / olmadığı,**
7. Polikliniğin bulunduğu binanın yapı kullanım izin belgesi nin mevcut **olduğu / olmadığı,**
8. Polikliniğin Müstakil binada yada hizmet birimleri bütünlük arz edecek şekilde bitişik konumda olan binanın bir kısmında **olduğu / olmadığı,**
9. Hastaların ve personelin kullandığı bütün alanlar uygun bir şekilde aydınlatma ve ısıtma koşullarının uygun **olduğu / olmadığı**
10. Sıcaklığı uygun düzeyde tutmayı sağlayan ısıtma ve soğutma sistemlerinin mevcut **olduğu / olmadığı,**
11. Hasta bekleme salonun ..... m2 olduğu, orta koridor bekleme amaçlı kullanılıyorsa genişliği .....m2 olduğu, söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
12. Poliklinikteki birinci ünitin odasında diş ünitin baş kısmında ..... , ayak ucu tarafında....., sağ tarafında .....sol tarafında .....boşluk çalışma alanı olduğu, söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
13. Poliklinikteki ikinci ünitin odasında diş ünitin baş kısmında ..... , ayak ucu tarafında....., sağ tarafında .....sol tarafında .....boşluk çalışma alanı olduğu, söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
14. **(Ek Soru)** Poliklinikteki ..... ünitin odasında diş ünitin baş kısmında ..... , ayak ucu tarafında....., sağ tarafında .....sol tarafında .....boşluk çalışma alanı olduğu, söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
15. Poliklinik odasında hasta mahremiyetinin korunması ve uygun şartlarda muayenenin sağlanması için ses, görüntü ve gürültü açısından gerekli düzenlemelerin söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
16. Hasta ve yakınlarının dolanım alanlarından izole edilmiş arşiv biriminin mevcut **olduğu / olmadığı,**
17. Çalışan bütün personel için erkek ve kadın için ayrı ayrı olmak üzere;  
\*Soyunma-giyinme odaları ve dinlenme odalarının mevcut **olduğu / olmadığı,**  
\*Erkek ve bayan Personel için tuvalet ve lavabonun mevcut **olduğu / olmadığı,**
18. Engellilerin de kullanımına uygun şekilde düzenlenmiş bay ve bayan tuvaletinin mevcut **olduğu / olmadığı,**
19. Tüm oda ve birimlere ait kapılarda, söz konusu oda veya birimin ne amaçla kullanıldığını bildirir tabelanın mevcut **olduğu / olmadığı,**
20. Poliklinik giriş katta değilse asansörün mevcut **olduğu / olmadığı,**
21. Merdiven ve sahanlık ölçüsünün .....m2 olduğu, söz konusu yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**
22. Hasta kullanım alanlarının bulunduğu katlar arasında polikliniğin iki ve daha fazla kattan oluşuyorsa) hastanın tekerlekli sandalye ile taşınmasını sağlayacak şekilde asansörün mevcut **olduğu / olmadığı,**
23. Polikliniğin bulunduğu binanın girişinde tekerlekli sandalye için en çok % 8 eğimli rampanın mevcut **olduğu / olmadığı,**
24. Hasta kullanımına ait tüm kapıların tekerlekli sandalye geçişine uygun **olduğu / olmadığı,**

25. Polikliniklerin hasta kullanım alanları zemini kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir bir malzeme ile kaplı **olduğu / olmadığı,**
26. Poliklinikte hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunmasına dair ilgili mevzuatta belirtilen tedbirlerin **olduğu / olmadığı,**
27. Söz konusu Yönetmeliğin ek 6/a da yer alan A Tipi Polikliniklerde Bulundurulması Gereken Zorunlu Asgari Tıbbi Cihaz Listesinin mevcut **olduğu / olmadığı,**
28. Söz konusu Yönetmeliğin ek 7 de yer alan A Tipi Polikliniklerde bulunması gereken acil setinin mevcut **olduğu / olmadığı**
29. Poliklinikde bulunması gereken asgari ilaçların mevcut **olduğu / olmadığı**
30. Tıbbi atıklar için tıbbi atık kovalarının bulunduğu ve Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Tıbbi Atık Sözleşmesinin mevcut **olduğu / olmadığı,** ( var ise sözleşme tarihi:...../...../.....)
31. Protokol Defterinin mevcut **olduğu / olmadığı,**
32. Denetim Defterinin mevcut **olduğu / olmadığı,**
33. Radyoloji ünitesi varsa radyoloji ünitesi kayıt defteri mevcut **olduğu / olmadığı,**
34. Polikliniğin adını taşıyan basılı reçetenin mevcut **olduğu / olmadığı,**
35. Polikliniğin basılı evrak ve tabelasındaki ismi ile ruhsatta yer alan isminin aynı **olduğu / olmadığı,**
36. Çalışma saati 8 saatin üzerinde **olduğu / olmadığı, Eğer 8 saatin üzerinde ise** dış tabelaya yakın bir yerde; asgari 50 cm. x 70 cm. boyutlarında, iki cepheden kolayca görülebilecek yükseklikte, mavi zemin üzerinde ortasında beyaz dış resmi bulunan beyaz ışığı geçirgen ışıklı bir tabelanın mevcut **olduğu / olmadığı,**
37. Söz konusu yönetmelik doğrultusunda (En fazla 6 m yüksekliğinde) dış tabelanın mevcut **olduğu / olmadığı,**

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda, açılmak istenen Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'nin "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" hükümlerine uygun **olduğu / olmadığı** tespit edilmiş olup işbu tutanak tarafımızca mahallinde tek nüsha olarak tanzim edilerek imza altına alınmıştır.

|        |       |
|--------|-------|
| Tarih: | Saat: |
|--------|-------|

**Denetim Ekibi:**