



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ESKİŞEHİR  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**İŞİTME CİHAZI MERKEZİ  
İNCELEME KOMİSYONU RAPORU**

İnceleme Tarihi:	
Merkez Adı:	
Merkez Adresi:	
Mesul Müdür:	
Sahibi:	
Başvuru Dilekçe Tarih/No:	

1. Hasta kabul ve dinlenme odasının ..... m<sup>2</sup> olduğu
2. Cihaz adaptasyon odasının ..... m<sup>2</sup> olduğu ve akustik özellik olarak ortam gürültüsü .....dB A olduğu,
3. Merkezin kapılarının 90 cm. genişliğinde **olduğu / olmadığı**,
4. Merkezin bütün ortamları hijyene uygun **olduğu / olmadığı**,
5. Isıtma ve havalandırmasının yeterli **olduğu / olmadığı**,
6. Merkezin tabelasının yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**,
7. Merkezde Ek : 7 de yer alan cihaz ve malzemelerin **bulunduğu / bulunmadığı** tespit edilmiş olup;

**8.Diğer Tespitler:**

Açılmak istenen “**İşitme Cihazı Merkezi'nin**” Mezkur İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine **uygun olduğu / olmadığı** tespit edilmiş olup iş bu tutanak, mahallinde tanzim edilerek imza altına alınmıştır.

Tarih:

Saat:

**Denetim Ekibi:** (Ad-Soyad, Unvan, İmza)