



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ESKİŞEHİR
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**ISMARLAMA PROTEZ/ORTEZ MERKEZİ
İNCELEME KOMİSYONU RAPORU**

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

1. Ek-1 Tablo -1 de belirtilen Hasta kabul ve dinlenme odasının m², Ölçü prova odasınınm², Atölyenin m², Malzeme deposununm², Uygulama ve eğitim odasının m², Klozetli tuvalet ve lavabonun m² **olduğu / olmadığı**,
2. Merkezin kapılarının 90 cm genişliğinde **olduğu / olmadığı**,
3. Merkezin bütün ortamları hijyene uygun ve tabanı kolay temizlenebilen kaymayan ve yanmayan malzeme ile kaplı **olduğu / olmadığı**,
4. Isıtma, havalandırma ve aydınlatmanın yeterli **olduğu / olmadığı**,
5. Merkezin tabelasının yönetmeliğe uygun **olduğu / olmadığı**,
6. Merkezde atık maddelerin toplanması için çöp kovalarının mevcut **olduğu / olmadığı**,
7. Merkezde iş ve işçi güvenliği açısından gerekli gerekli tedbirlerin **alındığı / alınmadığı**,
8. Merkezde gerekli ilaç ve sağlık malzemelerin bulunduğu ilk yardım dolabının **olduğu / olmadığı** tespit edilmiş olup;

9.Diğer Tespitler:

Açılmak istenen “**Protez/Ortez Merkezi'nin**” Mezkur Ismarlama 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)