|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BAYRAMÖREN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ HİZMET STANDARTLARI** | | | |
| **SIRA NO** | **HİZMETİN ADI** | **BAŞVURUDA İSTENEN BELGELER** | **HİZMETİN TAMAMLANMA SÜRESİ (EN GEÇ)** |
| **8** | Esnaf ve Portör Muayene İşlemleri | 1- 3 Adet Fotoğraf | **7 gün** |
| 2- 2 Adet Esnaf Muayene Kartı |
| 3- T.C Kimlik Numarası ve İş Yeri Açık Adresi |
| **9** | Ruhsatsız ve Şüpheli Ürünlerin Piyasa Denetimi İle İlgili İşlemeler | 1-Dilekçe | **Bir Ay** |
| 2-Numune Alımı ve Analiz Sonuçları |
| 3-Ürün Değerlendirme Sonuçları |
| **10** | Mesken Sağlığının Korunması ile İlgili İşlemler | 1-Çevre sağlığı hizmetlerinde mesken sağlığının korunması amacıyla, insanların meskenlerdeki sağlık koşullarının düzeltilmesi ile ilgili denetim ve kontroller | **15 gün** |
| **11** | Özel Öğretim Kurumları ile İlgili İşlemler | 1-Özel okullar, dershaneler ve kurs binalarının sağlık açısından denetimlerinin yapılması | **1gün** |
| **12** | Diğer Kurumlarla İşbirliği Sağlanması ile İlgili İşlemler | 1-Dilekçe | **7 gün** |
| 2-Dilekçenin konusu ile ilgili Kurumlarla, hizmet kalitesinin arttırılması ve kararların güçlendirilmesi amacıyla işbirliği yapılması |
| **13** | Eğitim Hizmetleri İle İlgili İşlemler | 1-Halkın ve çalışanların sağlıkla ilgili bilinç düzeylerini arttırmak, verilen hizmetlerin kalitesini yükseltmek amacıyla uygun materyal ve metotlarla, çalışma alanlarımızla ilgili konularda bilgi vermek | **1 gün** |
| **14** | Şikâyetlerin Değerlendirilmesi İle İlgili İşlemler | 1-Fert ve toplum sağlığının korunmasına yönelik olarak yapılan, | **15 gün** |
| 2-Sağlık Grup Başkanlığı şikâyet sahipleri tarafından, dilekçe ile yapılan bilgilendirme üzerine; şikâyet konusunun değerlendirilmesi |
| 3-Sağlık açısından uygun olmayan koşulların iyileştirilmesi |
| **15** | Optisyenlikle ilgili ruhsat işlemleri | 1-Dilekçe | **15 GÜN** |
| 2-Optisyenlik diplomasının noter tastikli sureti |
| 3-Nüfus cüzdanının noter tastikli sureti |
| 4-Ticaret sicil gazetesinin örneği |
| 5-Hizmet sözleşmesi |
| 6-3 adet vesikalık fotoğraf |
| 7-İkametgah belgesi |
| 8-Sağlık kurulu raporu |
| 9-1/100 ölçekli Sağlık Ocağı veya Sağlık grup başkanlığınca onaylanmış kroki |
| 10-Kullanılacak asgari araç gerecin mesul müdür tarafından imzalanmış listesi |
| 11-Yangın tetbirlerine dair gerekli belge |
| 12-Mesul Müdürü hariç çalışacak kişilere ait belgeler(sağlık raporu ve ikametgah bel. |
| 13- İlgili belgelerin İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi |
| **16** | Muayenehane Açma | 1-Muayenehanelerin faaliyet göstereceği adres, açılışı ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını | **15 GÜN** |
| talep eden imzalı başvuru dilekçesi |
| 2-Muayenehane oda esasında mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 |
| ölçekli ve hizmet sınırları içerisinde bulunduğu Müdürlük tarafından yerinde bizzat görü- |
| lerek doğruluğu onaylanmış plan örneği, |
| 3-Muayenehane açacak olan tabibin diplomasının ve varsa uzmanlık belgesinin Müdürlük- |
| çe tasdikli sureti ve iki adet vesikalık fotoğrafı |
| 4-Muayenehanesinde kullanacağı ve bulundurması mecburi asgari tıbbi malzeme ve |
| donanım ile ilaç listeleri dikkate alınarak hazırlanmış, Müdürlük tarafından yerinde bizaat |
| görülerek doğruluğu onaylanmış asgari araçgereç ve ilaç listesi |
| 5- İlgili belgelerin İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi |
| **17** | Dişhekimi muayenehanesi,Müşterek muayenehane ruhsat işlemleri | 1) Dilekçe | **30gün** |
| 1) Diploma ( SGB onaylı) |
| 2) Kroki ( 1/100 ölçekli ve SGB onaylı ) |
| 3) Vergi Levhası ( Noter tasdikli ) |
| 4) Diş hekimleri oda kayıt belgesi |
| 5) Nüfus örneği |
| 6) İkametgah belgesi ( muhtarlıktan ) |
| 7) Tabela Uygunluk Belgesi ( Diş hekimleri odasından) |
| 8) 2 resim |
| 9) Tıbbi atık sözleşmesi ( Belediyeden ) |
| 10) Kira kontratı veya Tapu örneği |
| 11) Demirbaş listesi |
| 12) Acil müdahale ilaç listesi |
| 13) Muayenehane açılış uygunluk belgesi için banka dekontu |
| 14) İlgili belgelerin İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi |
| **18** | Muayenehane kapanış işlemleri | 1) Kapatıldığına dair dilekçe | **3 gün** |
| 2) Dilekçenin İl Sağlık Müdürlüğüne Gönderilmesi |
| 3) Uygunluk belgesinin iadesi |
| **19** | Yeni Eczane Açılışı İle İlgili İşler | 1-Matbu Form | ***15 gün*** |
| 2-Eczacının Özgeçmişi |
| 3-Sağlık Bakanlığından Tescilli Diploma |
| 4-Göz Raporu |
| 5-Mesleğini yapmayı engelleyecek iyileşemez bir hastalığı bulunmadığına dair sağlık raporu |
| 6-Eczacı Adına düzenlenmiş adli sicil kaydı |
| 7-Onaylı Eczanenin Krokisi ( cadde ve sokak isimleri yazılı) |
| 8- 4 adet son bir ay içerisinde çekilmiş 4x6 cm boyutlarında fotoğraf |
| 9-Ruhsat Harç Makbuzu aslı |
| 10-Eczacı odası üyelik kaydı |
| 11-Eczacı odasından Muvazaa değerlendirme raporu |
| 12) İlgili belgelerin İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi |
| **20** | Ruhsat İptalinde Gerekli işlemler | 1-Eczacının eczanesine ait ruhsatının iptal edilmesi talebine ilişkin dilekçe | **15 Gün** |
| 2- Ruhsatname aslı ve varsa Mesul Müdürlük Belgesi Aslı |
| **21** | Aile Hekimi Değiştirme | 1-Aile Hekimi Değiştirme Dilekçesi | **Ay İçerisindeki Resmi iş Günü** |
| 2-Nüfus Kayıt Bilgilerini Doğrulayan Belge veya fotokopisi |
| 3- Dilekçenin İl Sağlık müdürlüğüne gönderilmesi |
| **22** | Özel Su Numunesi Alma | Özel su için numune alma tutanağı doldurulması | **10 Gün** |
| Numunenin İl Halk Sağlığı Laboratuarına gönderilmesi |
| **23** | İskan Ruhsatı için Sağlık Raporu | 1) Dilekçe | **1gün** |
| 2) Belirtilen konutun sağlık yönünden denetiminin yapılarak |
| hazırlanan raporun Belediye Başkanlığına gönderilmesi |
| **24** | Çevre Sağlığı ile İlgili Şikayetler | 1-Dilekçe | **15 gün** |
| 2-Şikayete konu olan yerde yapılan incelemeleri bildirir tutanak |
| 3-Şikayet konusu problemşlerin ortadan kaldırılması için gerekli süreyi vermek. |
| 4-Süre bitiminde tekrar kontrollerde bulunmak. |
| 5-Sonucu olumlu veya olumsuz olarak üst mercilere bildirmek. |
| **25** | İş Yeri Açma Ruhsatı İçin Sağlık Raporu | 1) Dilekçe | **1 gün** |
| 2) Belirtilen konutun sağlık yönünden denetiminin yapılarak |
| hazırlanan raporun Belediye Başkanlığına gönderilmesi |
|  |  |  |  |
|  | "Başvuru esnasında yukarıda belirtilen belgelerin dışında belge istenmesi, eksiksiz belge ile başvuru | | |
| yapılmasına rağmen hizmetin belirtilen sürede tamamlanmaması veya yukarıdaki tabloda bazı hizmetlerin bulunmadığının | | | |
| tespiti durumunda ilk müracaat yerine ya da ikinci müracaat yerine başvurunuz." | | | |
|  |  |  |  |
|  | İl Müracaat Yeri : | Toplum Sağlığı  Merkezi |  |
|  | İsim : | Dr. Ece DEMİRBAŞ |  |
|  | Unvan : | T.S.M. Başkanı |  |
|  | Adres : | Bayramören Toplum Sağlığı Merkezi |  |
|  | Tel : | 0 376 7358018 |  |
|  | Faks : | 0 376 7358018 |  |
|  | e-Posta : | e-Posta : |  |

**BAYRAMÖREN AİLE SALIĞI MERKEZİ (ASM) HİZMET STANDARTLARI TABLOSU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sıra no** | **HİZMETİN ADI** | **İSTENEN BELGELER** | **HİZMETİN TAMAMLANMA SÜRESİ (EN GEÇ)** |
| **1** | **HHEKİM SEÇME (İLK KKAYIT)** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **20 DAKİKA** |
| **2** | **HEKİM SEÇME (HEKİM DEĞİŞTİRME)** | **T.C KİMLİK NUMARASI , SEÇİLEN HEKİMİN ADI SOYADI , DİLEKÇE** | **20 DAKİKA** |
| **3** | **POLİKLİNİK MUAYENE** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **30 DAKİKA** |
| **4** | **MİSAFİR HASTA MUAYENESİ** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **30 DAKİKA** |
| **5** | **ADLİ İŞLEMLER** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **4 SAAT** |
| **6** | **SAĞLIK KURUMUNA SEVK** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **20 DAKİKA** |
| **7** | **KÜÇÜK CERRAHİ MÜDAHALE** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **30 DAKİKA** |
| **8** | **TEK HEKİM RAPORU** | **T.C KİMLİK NUMARASI , 2 ADET FOTOĞRAF** | **15 DAKİKA** |
| **9** | **BASİT LABORATUAR TETKİKLERİ** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **6 SAAT** |
| **10** | **İZLEMLER (BEBEK,ÇOCUK,KADIN)** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **30 DAKİKA** |
| **11** | **EV ZİYARETİ** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **4 SAAT** |
| **12** | **EVDE BAKIM HİZMETLERİ** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **4 SAAT** |
| **13** | **BAĞIŞIKLAMA FAALİYETLERİ** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **30 DAKİKA** |
| **14** | **AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ** | **T.C KİMLİK NUMARASI** | **1 SAAT** |
| **15** | **EĞİTİMLER** |  | **2 SAAT** |

Başvuru esnasında yukarıda belirtilen belgelerin dışında belge istenmesi eskizsiz belge ile başvuru yapılmasına rağmen hizmetin belirtilen sürede tamamlanmaması

veya yukarıdaki tabloda bazı hizmetlerin bulunmadığının tespiti durumunda ilk müracaat yerine ya da ikinci müracaat yerine başvurunuz.

İlk Müracaat yeri : İsimDr. Abdullah Hakan BÖLÜKBAŞI  
İkinci müracaat yeri: İsim

Unvan : Aİle Hekimi

Tel.: 03767358018

Faks : 03767358018

ePosta: ePosta :

Kamu Hizmet Standartları