

B) MÜESSESE RUHSATNAMESİ İÇİN BİLDİRİM FORMU

1- Kuruluşun Adı			
2- Adresi			
3- Uzman hekimin adı soyadı			
4- Uzmanlık belge no			
5- Kuruluşun fiziki mekânı hizmet için yeterli büyüklük ve nitelikte mi?			
6- Havalandırma ve aydınlatma şartları mevzuata uygun mu?			
7- Mevcut cihaz ve aletler gerek tatbik edene gerekse tatbik edilene zarar vermeyecek şekilde mevzuatta belirtilen şekilde izole edilmiş midir?			
8- X-Ray ışınli cihazların kurşun izolasyonu mevzuata uygun mu?			
9- X-Ray ışınli cihazları kullanacak kişinin sağlığını korumaya yönelik gerekli donanım ve önlemler mevzuata uygun mu?			
10- Cihazlarla ilgili elektrik donanımları mevzuata uygun olarak düzenlenerek gerekli koruyucu tedbirler alınmış mı?			
11- Mevzuatta belirtilen miktar ve nitelikte radyom veya radyoaktif madde mevcut ve mevzuata göre muhafaza ediliyor mu?			
12- Mevzuatta belirtilen aletler (plak, tüp, iğne, hücre, pens vs.) mevcut mu?			
13- Fizik tedavi müesseselerinde bulunan cihazlar nizamnameye uygun mu?			
Not: 11 ve 12' de yer alan maddeler radyom/radyoaktif madde kullanılıyor ise bildirilecek.			
BULUNAN CİHAZIN			
(Röntgen, Tomografi, Kemik Dansitometre, Manyetik Rezonans, Mamografi, Sintigrafi, Ultrason, Elektrikli Fizik tedavi cihazları v.b.)			
Cinsi	Marka	Modeli	Üretim Yılı
1			
2			
3			
4			
5			

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim. Gereğini bilgilerinize arz ederim

. / ... / 20...
Mesul Müdür/Sorumlu
Uzman
Adı-Soyadı