**Mẫu 01**

|  |  |
| --- | --- |
| ………..1……….. ………..2……….. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ------------------------** |
| Số:       /VBCB-……3…….. | *……4…….., ngày.... tháng... năm 20....* |

**VĂN BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe**

Kính gửi: ...................................................... 5 ......................................................

Tên cơ sở nộp hồ sơ: ..........................................................................................................

Địa điểm: .................................................................... 6 ......................................................

Điện thoại: ...................................................... Email (nếu có): ...........................................

Công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe và gửi kèm theo văn bản này 01 bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau đây:7

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bản sao hợp lệ Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh  2. Danh sách người tham gia khám sức khỏe  3. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh | □  □  □ |
| 4. Báo cáo về phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở KSK  5. Các hợp đồng hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật hợp pháp đối với trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 11 Thông tư này. | □  □ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

2 Tên của cơ sở khám sức khỏe

3 Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

4 Địa danh.

5 Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ quy định tại Khoản 4 Điều 45 Nghị định số ........./2016/NĐ-CP ngày … tháng … năm 2016

6 Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

7 Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

**Mẫu 02**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
------------------------**

**DANH SÁCH NGƯỜI THỰC HIỆN KHÁM SỨC KHỎE**

1. Tên cơ sở khám sức khỏe: ..............................................................................................

2. Địa chỉ: .............................................................................................................................

3. Thời gian hoạt động của cơ sở khám sức khỏe: 1 ...........................................................

4. Danh sách người thực hiện khám sức khỏe:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Vị trí chuyên môn2** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……3….., ngày.... tháng... năm...* N**gười chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám sức khỏe** *(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần.

2 Ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm.

3 Địa danh.

**Mẫu 02**

**BẢN KÊ KHAI CƠ SỞ VẬT CHẤT, THIẾT BỊ Y TẾ, TỔ CHỨC VÀ NHÂN SỰ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**I. THÔNG TIN CHUNG:**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:

Điện thoại: ............................... Số Fax: ....................... Email: ............................................

3. Quy mô:…………….. giường bệnh

**II. TỔ CHỨC:**

1. Hình thức tổ chức1:

2. Cơ cấu tổ chức2:

**III. NHÂN SỰ:**

1. Danh sách trưởng khoa, phụ trách phòng, bộ phận chuyên môn:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Tên khoa, phòng, bộ phận chuyên môn** | **Vị trí, chức danh được bổ nhiệm** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

2. Danh sách người hành nghề:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Vị trí chuyên môn** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

3. Danh sách người làm việc:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Văn bằng chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Vị trí làm việc3** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

**IV. THIẾT BỊ Y TẾ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu (MODEL)** | **Hãng sản xuất** | **Xuất xứ** | **Năm sản xuất** | **Số lượng** | **Tình trạng sử dụng (%)** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**V. CƠ SỞ VẬT CHẤT:**

1. Tổng diện tích mặt bằng:

2. Tổng diện tích xây dựng: ....................... diện tích ......... m2/giường bệnh

3. Kết cấu xây dựng nhà:

4. Diện tích xây dựng trung bình cho 01 giường bệnh (đối với bệnh viện):

5. Diện tích các khoa, phòng, buồng kỹ thuật chuyên môn, xét nghiệm, buồng bệnh:

6. Bố trí các khoa/chuyên khoa, phòng (liệt kê cụ thể):

7. Các điều kiện vệ sinh môi trường:

a) Xử lý nước thải:

b) Xử lý rác y tế, rác sinh hoạt:

8. An toàn bức xạ:

9. Hệ thống phụ trợ:

a) Phòng cháy chữa cháy:

b) Khí y tế:

c) Máy phát điện:

d) Thông tin liên lạc:

10. Cơ sở vật chất khác (nếu có):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(Ký, đóng dấu, ghi rõ họ tên)* |

1 Ghi cụ thể tên hình thức tổ chức theo quy định tại Điều 22 Nghị định số ..../2016/NĐ-CP ngày … tháng … năm 2016

2 Ghi rõ tên các khoa (khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng), phòng, bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3 Ghi cụ thể chức danh, vị trí làm việc được phân công đảm nhiệm.