

(6)



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

اتوماسیون مکاتبات وزارت بهداشت

شماره 400/10751
تاریخ 1390/12/06
پست دارید

رأست درمانی بهداشتی خدمات و پزشکی علوم دانشگاه محترم

موضوع: تفویض اختیار صدور مجوز های فعالیت محدود در مطب

شماره ۱۱
شماره ۱۲
ارائه صورت پروانه جهت مجوز در مطب
۱۳۹۰/۱۲/۷

سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص) و تقدیم احترام، در اسکای سیاست تمرکز زدایی و در جهت تسهیل امور ، بدینوسیله صدور مجوز های فعالیت محدود در مطب به آن دانشگاه تفویض میگردد ، خواهشمند است دستور فرمایید کلیه امور مربوط به صدور مجوز فعالیت محدود حرف وابسته پزشکی شامل ، ارزیابی شنوایی، گفتار درمانی ، کار درمانی ، فیزیوتراپی مطابق با فرم نمونه پیوست به شرح ذیل صورت پذیرد:

1- مجوز فعالیت محدود در مطب صرفاً جهت آن دسته از متقاضیانی که فاقد سابقه کار لازم جهت تاسیس موسسه/دفتر کار مستقل می باشند جهت کسب سابقه مورد نیاز قید شده در آیین نامه مربوطه، صادر می گردد.

2- صدور این مجوز به دو صورت میباشد: مجوز فعالیت محدود در مطب پزشکان متخصص و مجوز فعالیت محدود در مراکز درمانی (بیمارستان-درمانگاه-دفاتر کار و موسسات متناظر)

3- متقاضیان رشته های مذکور می توانند تحت نظارت و همکاری پزشکان ذیل فعالیت نمایند:

الف- گفتار درمانی :

متخصص رشته های گوش و حلق و بینی ، اطفال ، داخلی مغز و اعصاب ، روانپزشکی ، جراحی اعصاب و جراحی اطفال، کارشناس گفتار درمانی

ب- کار درمانی :

متخصص رشته های داخلی مغزو اعصاب ، جراحی مغز و اعصاب ، ارتوپدی ، طب فیزیکی و توانبخشی ، اطفال ، جراحی اطفال و در خصوص کارشناسان ارشد کار درمانی با گرایش روانی متخصص روانپزشکی ، کارشناس کار درمانی

ج: ارزیابی شنوایی :

متخصص گوش و حلق و بینی و اطفال، کارشناس شنوایی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
معاونت درمان

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
معاونت درمان

شماره... 400/10751...
تاریخ... 1390/12/06...
پست... داید...

بسمه تعالی



د: فیزیوتراپی:

متخصص رشته های داخلی مغزو اعصاب ، جراحی مغز و اعصاب ، ارتوپدی ، طب فیزیکی و توانبخشی -جراحی عمومی -
رومانولوژی، کارشناس فیزیوتراپی

4- مدارک لازم جهت اخذ مجوز فعالیت محدود:

الف : مدارک پزشک/کارشناس ناظر:

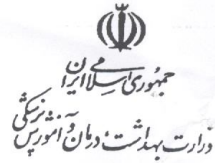
- 1- اصل و تصویر پروانه مطب معتبر/دفتر کار/موسسه
- 2- اعلام کتبی همکاری پزشک/کارشناس با قید نام متقاضی و ساعات فعالیت
- 3- گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از نظام پزشکی

ب: مدارک کارشناس متقاضی:

- 1- اصل و کپی کارت نظام پزشکی
 - 2- اصل و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی
 - 3- اصل و تصویر دانشنامه تحصیلی (در صورت عدم داشتن دانشنامه ارائه گواهی موقت تحصیلی الزامی می باشد).
 - 4- اصل و تصویر و گواهی پایان خدمت یا معافیت از طرح نیروی انسانی
 - 5- اصل و تصویر گواهی تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان
- تبصره : در خصوص دانش آموختگان خارج از کشور و دانشگاه آزاد اسلامی ارائه گواهی تسویه حساب صندوق رفاه لازم نمی باشد.
- 6- گواهی عدم سوء پیشینه کیفری
 - 7- ارائه درخواست مبنی بر تقاضای فعالیت محدود در مطب به امضا کارشناس و متخصص مربوطه
 - 8- تاییدیه معاونت درمان آن دانشگاه مبنی بر تأیید عملکرد ، فضا ، تجهیزات و بهداشت
- تذکر-1 : در خصوص فعالیت در مراکز درمانی(بیمارستان-درمانگاه) ارائه اصل و تصویر پروانه تاسیس معتبر موسسه به شرط دارا بودن بخش مربوطه الزامی می باشد.

شماره... 400/10751 د
تاریخ... 1390/12/06
پیوست دارد.....

بسمه تعالی



معاونت درمان

تذکر-2: در صورت عدم وجود بخش مربوطه در مرکز درمانی، لازم است در ابتدا جهت افزایش بخش و درج آن در پروانه تاسیس مرکز از طریق معاونت درمان آن دانشگاه مطابق ضوابط و مقررات اقدام و سپس در خواست صدور مجوز فعالیت محدود در مراکز درمانی گردد.

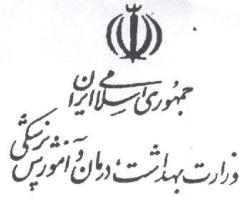
تذکر-3: یک نسخه از مجوز صادره به سازمان نظام پزشکی استان ارسال گردد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

رونوشت:

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (33 دانشگاه)
سرکار خانم کهرنگی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اصفهان

شماره
تاریخ
پست



معاونت درمان

جناب آقای / سرکار خانم کارشناس
به شماره نظام

سلام علیکم

در پاسخ به درخواست شما در خصوص تقاضای مجوز فعالیت محدود در مطب ، به جنابعالی اجازه داده می شود در مطب دفتر

کار/موسسه آقای /خانم متخصص/کارشناس به شماره نظام دارای پروانه مطب معتبر/دفتر

کار/موسسه..... در شهر..... با رعایت شرایط ذیل فعالیت نمایند0

- 1- واحد..... و مطب/دفتر کار/موسسه در یک محل و ساختمان متمرکز باشد0
 - 2- خدمات در ساعات فعالیت مطب/دفتر کار/موسسه ارائه گردد0
 - 3- از تابلو و سرنسخه جداگانه استفاده نگردد0
 - 4- بیماران تحت نظارت پزشک/کارشناس ناظر پذیرش و درمان گردند0
 - 5- رعایت ضوابط و مقررات از جمله استفاده از نیروی انسانی واجد شرایط ، تجهیزات تخصصی کافی - فضای درمانی لازم- نکات بهداشتی و 000 تحت نظارت دانشگاه
 - 6- بررسی عملکرد جهت تمدید الزامیست 0
- در صورت رعایت مراتب فوق انعقاد قرارداد همکاری با بیمه های درمانی بلامانع می باشد0
- اعتبار این مجوز از تاریخ صدور به مدت یکسال می باشد.

دکتر.....
معاون درمان.....

رونوشت: سازمان نظام پزشکی استان.....