**Ek-1**

**ÖN İZİN BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ BELGELER**

1) Sağlık kuruluşu açabilecek kişi tarafından verilen sağlık kuruluşunun türü, adı, adresi, diş üniti sayısı, varsa; genel anestezi müdahale ünitesi, gözlem yatağı sayısı, diş protez laboratuvarı, dental radyoloji birimi veya ünitesine ilişkin bilgileri ile sağlık kuruluşunu açacak kişinin adı soyadı veya ticari unvanını içeren talep dilekçesi,

2) Sağlık kuruluşu açmak isteyenin gerçek kişi olması halinde; diş hekimliği diplomasının ve varsa uzmanlık belgesinin onaylı sureti,

3) Sağlık kuruluşu açmak isteyenin şirket olması halinde;

a) Şirket ortaklarını gösterir ticaret sicili gazetesinin aslı veya onaylı sureti

b) Şirket ortaklarından diş hekimi olanların diplomalarının, varsa uzmanlık belgelerinin onaylı suretleri,

4) Müstakil binalarda; sağlık kuruluşunun yerleşiminin gösterildiği arsa bilgilerini içeren anted, 1/500 veya 1/200 ölçekli vaziyet planı, 1/100 veya 1/50 ölçekli tüm kat planları, bir tanesi ameliyathaneden geçen en az iki kesit, tüm cephe görünüşleri, çatı planı ve müellif onaylı tam takım mimari proje (muayenehaneler için tüm kullanım alanlarını gösterir kroki),

5) Müstakil olmayan binalarda sağlık kuruluşunun bulunduğu blok veya kata ait, tüm alanların ne amaçla kullanılacağını gösterir, müellif onaylı 1/100 veya 1/50 ölçekli mimari planları (muayenehaneler için tüm kullanım alanlarını gösterir kroki),

6) Mevcut binalarda açılacak sağlık kuruluşları için binanın yapı kullanma izin belgesinin ilgili Belediye tarafından onaylı sureti (muayenehaneler için gerekmez),

7) Mevcut binalarda, deprem güvenlik raporu ve binanın ilgili kısmı için yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına ilişkin olarak ilgili mevzuata göre yetkili mercilerden alınmış olan belge, (Müşterek muayenehane faaliyeti gösterilen mahaller için tek bir hekim tarafından alınması yeterlidir.)

8) Merkez ve hastaneler için gürültü, hava ve su kirliliğine maruz olmadığının; insan sağlığını olumsuz yönde etkileyecek endüstriyel kuruluşlar ile gayrisıhhi müesseselerden uzak olduğunun valilik tarafından yetkilendirilmiş merci raporu,

9)Hastaneler için yukarıda sayılanlara ek olarak aşağıdaki belgelerin de bulunması gerekir;

a) İlgili Belediyeden sağlık tesisi yapılabileceğine dair düzenlenmiş belge,

b) Ulaşım şartları, ulaşım noktaları açısından uygun ve ulaşılabilir olduğunun yetkili kurum tarafından belgelenmesi.

**Ek-2**

**RUHSAT BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ BELGELER**

1) Muayenehane ve poliklinikler için Müdürlük, merkez ve hastaneler için Bakanlık tarafından düzenlenmiş ön izin belgesi,

2) Ön izin sahibine ait vergi levhası,

3) Yeni inşa edilmiş binalar için yapı kullanma izin belgesi, deprem güvenlik raporu ve yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına ilişkin olarak ilgili mevzuata göre yetkili mercilerden alınmış olan belge (Mevcut binalarda kurulacak sağlık kuruluşları için bu belgeler ön izin aşamasında istenir),

4) Sağlık kuruluşunda bulunması zorunlu tıbbi cihaz ve malzemelerin, ön izin sahibi tarafından onaylanmış listesi,

5) Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre yapılmış sözleşme,

6) Röntgen cihazlarına ait Nükleer Düzenleme Kurumundan alınmış lisans belgesi.

**Ek-3**

**FAALİYET İZİN BELGESİ BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ BELGELER**

1) Ruhsat sahibi tarafından verilen sağlık kuruluşunun çalışma saatlerini içeren talep dilekçesi,

2) Sağlık kuruluşunun ruhsatının onaylı bir sureti,

3) Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm sağlık çalışanlarının diploması ve varsa uzmanlık belgesi, çalışma gün ve saatlerinin de yer aldığı hizmet sözleşmesi, adli sicil kayıt belgesi ve iki adet vesikalık fotoğrafı,

4) Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm diş hekimlerinin diş hekimleri odası kayıt belgesi,

5) Mesul müdür olarak görevlendirilecek diş hekiminin, başka sağlık kuruluşlarında çalışmadığına dair yazılı beyanı, mesul müdürlük sözleşmesi ve iki adet vesikalık fotoğrafı.

**Ek-4**

**SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN ASGARİ TIBBİ CİHAZ VE DONANIM LİSTESİ**

|  |
| --- |
| **SAĞLIK KURULUŞLARINDA BULUNDURULMASI ZORUNLU OLAN ORTAK TIBBİ CİHAZ LİSTESİ** |
| 1)Acil seti (Her katta)2) Oksijen tüpü ve maskesi (Her katta)3) Otoklav4) Merkezi dental kompresör (Merkez ve hastane için)5) Merkezi vakum sistemi (Merkez ve hastane için) |
| **GENEL ANESTEZİ MÜDAHALE ÜNİTESİNDE BULUNMASI ZORUNLU ASGARİ TIBBİ CİHAZ, DONANIM VE İLAÇ LİSTESİ** |
| 1) Ventilatörlü anestezi cihazı ve anestezi için gerekli gaz sistemleri |
| 2) Ameliyat masası veya diş üniti |
| 3) 2 adet serum askısı |
| 4) Monitorizasyon aletleri; EKG, ısı ölçüm cihazı, NIBP, pulse oksimetri, anestezi cihazında yoksa ET karbondioksit ölçüm parametrelerini içermelidir |
| 5) Defibrilatör |
| 6) Cerrahi aspiratör, aspiratör uçları, hortumları, ara bağlantıları olur |
| 7) Koter.(Elektro veya lazer)  |
| 8) Laringoskop takımı. (çocuk ve erişkin boy) |
| 9) Oral veya nasal entübasyon tüpleri(çocuk ve erişkin boy) |
| 10) Uygun boyutlarda yüz maskeleri |
| 11) Ambu seti |
| 12) Laringeal maske |
| 13) Magill pensi |
| 14) Guide (zor hava yolu durumlarında kullanılan çubuk) |
| 15) İnfüzyon pompası (isteğe bağlı) |
| 16) Pozisyon verilebilir transfer sedyesi (en az bir adet) |
| 17) Steril cerrahi set ( yeterli miktarda) |
| 18) Çeşitli boylarda tromeller |
| 19) Hasta Örtüleri (Tek veya Çok Kullanımlı) |
| 20) Sedasyon ajanları |
| 21) Nazogastrik sondalar, folley sondalar |
| 22) Bir tanesi yedek olmak üzere iki adet oksijen tüpü |
| 23) Epinefrin |
| 24) Antihistaminik antealerjik |
| 25) Bronkodilatatör |
| 26) Flumazeril/Naloksan |
| 27) Dekstroz çözeltileri %5-10-50 vb.28) Periost Elevatörü29) Kemik Pensi ve Kemik Frezleri30) Kemik Eğesi31) Mikromotor ve Cerrahi Uçları32) Pens ve Pensetler33) Küretler34) Portegü35) Makas36) Davye Takımı37) Elevatör Takımı38) Çeşitli Sütürler39) Langenback Ekartörü40) Kinler Ekartörü41) Dil Basacağı42) Fork Ekartörü43) Obwegeser Kanal Ekartörü44) Hook Ekartörü45) Lastik ve Metal Ağız Açacağı46) Osteotomlar47) Pensler (Koher, Moskito, Çamaşır)48) Aspiratör49) Diseksiyon ve Sütür Makasları50) Burun Trokarı51) Burun Spekulumu |
| **ACİL SETİNDE BULUNMASI GEREKENLER LİSTESİ** |
| 1) Ambu seti,  |
| 2) Solunum balonu ve solunum maskeleri (erişkin ve çocuk boy)  |
| 3) Airway (erişkin ve çocuk boy)  |
| 4) İntraket |
| 5) Enjektör(Muhtelif) |
| 6) Turnike |
| 7) Sütur seti |
| 8) Flaster |
| 9) Manşonlu tansiyon aleti ( 1 adet erişkin ve 1 adet çocuk boy) |
| 10) Kortikosteroidler |
| 11) Antihistaminikler |
| 12)Vasopressörler |
| 13) Antihipertansifler (dil altı) |
| 14) Antikolinerjik |

**Ek-5**

**SAĞLIK KURULUŞLARI İÇİN ASGARİ PERSONEL LİSTESİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Poliklinik** | **Merkez** | **Hastane** |
| **Mesul müdür** | Mesul müdür bulunur. | Mesul müdür bulunur. | Mesul müdür bulunur. |
| **Mesul müdür yardımcısı** | - | - | En az bir mesul müdür yardımcısı bulunur. |
| **Diş hekimi** | Tam zamanlı çalışan en az iki diş hekimi bulunur. | Tam zamanlı çalışan en az iki farklı branşta birer uzman diş hekimi olmak üzere toplamda en az beş diş hekimi bulunur. | Tam zamanlı çalışan en az beş farklı branşta birer uzman diş hekimi olmak üzere toplamda on beş diş hekimi bulunur. |
| **Anestezi ve reanimasyon uzmanı** | - | Tam veya kısmi zamanlı çalışan bir anestezi ve reanimasyon uzmanı bulunur.  | Tam zamanlı çalışan bir anestezi ve reanimasyon uzmanı bulunur. |
| **Hemşire** | - | Tam zamanlı çalışan en az bir hemşire bulunur | Tam zamanlı çalışan en az iki hemşire bulunur. |
| **Diş protez teknisyeni/teknikeri** | Diş protez laboratuvarı varsa, tam zamanlı çalışan en az bir diş protez teknisyeni/ teknikeri bulunur. | Diş protez laboratuvarı varsa, tam zamanlı çalışan en az bir diş protez teknisyeni/ teknikeri bulunur. | Tam zamanlı çalışan en az bir diş protez teknisyeni/ teknikeri bulunur. |
| **Anestezi teknisyeni/teknikeri** | - | Tam ya da kısmi zamanlı çalışan bir anestezi teknisyeni/teknikeri bulunur. | Tam zamanlı çalışan bir anestezi teknisyeni/teknikeri bulunur. |
| **Röntgen teknisyeni/teknikeri** | - | - | Tam zamanlı çalışan en az bir röntgen teknisyeni/teknikeri bulunur. |
| **Ağız ve diş sağlığı teknikeri** | - | Tam zamanlı çalışan en az iki ağız ve diş sağlığı teknikeri bulunur. Beş diş hekiminden sonra ise her üç diş hekimi için ilave bir ağız ve diş sağlığı teknikeri bulunur. | Tam zamanlı çalışan en az beş ağız ve diş sağlığı teknikeri bulunur. On beş diş hekiminden sonra ise her üç diş hekimi için ilave bir ağız ve diş sağlığı teknikeri bulunur. |

**Ek-6/a**

****

 **T.C.**

 **SAĞLIK BAKANLIĞI**

 **Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

**Ruhsat Tarih ve No:**

**Ruhsat Revizyon Tarih ve No:**

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ SUNULAN**

**ÖZEL SAĞLIK KURULUŞU RUHSATI**

**Kuruluş Kodu :**

**Kuruluş Türü :**

**Kuruluşun Adı :**

**Kuruluşun Adresi :**

**Ruhsat Sahibi :**

**Yukarıda adı ve adresi belirtilen özel sağlık kuruluşuna .... / .... / .... tarihli ve ............. sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında ruhsat verilmesi uygun görülmüştür.**

**ONAY**

 **Ek-6/b**

****

**T.C.**

**………………VALİLİĞİ**

**İl Sağlık Müdürlüğü**

**Ruhsat Tarih ve No:**

**Ruhsat Revizyon Tarih ve No:**

****

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ SUNULAN**

**ÖZEL SAĞLIK KURULUŞU RUHSATI**

**Kuruluş Kodu :**

**Kuruluş Türü :**

**Kuruluşun Adı :**

**Kuruluşun Adresi :**

**Ruhsat Sahibi :**

**Yukarıda adı ve adresi belirtilen özel sağlık kuruluşuna .... / .... / .... tarihli ve ............. sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında ruhsat verilmesi uygun görülmüştür.**

**ONAY**

 **Ek-7**

****

**T.C.**

**………………VALİLİĞİ**

**İl Sağlık Müdürlüğü**

**Belge Veriliş Tarihi :**

****

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETİ SUNULAN**

**ÖZEL SAĞLIK KURULUŞU FAALİYET İZİN BELGESİ**

**Kuruluşun**

**Adı :**

**Adresi :**

**Ruhsat Sahibinin Adı :**

**Ruhsat No :**

**Diş Üniti Sayısı :**

**Genel Anestezi Müdahale Ünitesi**

**Varsa Sayısı :**

**Gözlem Yatağı Varsa Sayısı :**

**Diş Protez Laboratuvarı :**

**Dental Radyoloji Birimi/Ünitesi :**

**Çalışma Saatleri :**

**Nöbet Hizmeti Varsa Saatleri :**

**Yukarıda adı ve adresi belirtilen özel sağlık kuruluşuna .... / .... / .... tarihli ve ............. sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında faaliyet göstermesi için izin verilmiştir.**

**ONAY**

**Ek-8**

**T.C.**

**…................................ VALİLİĞİ**

**İl Sağlık Müdürlüğü**

**Düzenleme Tarihi :**

**ÇALIŞMA BELGESİ**

 Fotoğraf

**Sağlık Meslek Mensubunun;**

**TC Kimlik Numarası :**

**Adı ve Soyadı :**

**Unvanı :**

**Mezun Olduğu Okul/Fakülte :**

**Diploma Tescil Numarası :**

**Varsa Uzmanlık Dalı :**

**Uzmanlık Tescil Numarası :**

**Görev Yapacağı Özel Sağlık Kuruluşunun;**

**Ruhsat Numarası :**

**Adı :**

**Adresi :**

**Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen sağlık meslek mensubunun adı geçen özel sağlık kuruluşunda çalışması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.**

**ONAY**

**Ek-9**

**T.C.**

**…................................ VALİLİĞİ**

**İl Sağlık Müdürlüğü**

**Düzenlenme Tarihi:**

**MESUL MÜDÜRLÜK BELGESİ**

Fotoğraf

**Mesul Müdürün;**

**TC Kimlik Numarası :**

**Adı ve Soyadı :**

**Unvanı :**

**Mezun Olduğu Fakülte :**

**Diploma Tescil Numarası :**

**Varsa Uzmanlık Dalı :**

**Uzmanlık Tescil Numarası :**

**Görev Yapacağı Özel Sağlık Kuruluşunun;**

**Ruhsat Numarası :**

**Adı :**

**Adresi :**

**Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen diş hekiminin adı geçen özel sağlık kuruluşunda mesul müdürlük görevini yürütmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.**

**ONAY**