



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
معاونت درمان
اداره نظارت و بازرسی

تاریخ بازدید:
ساعت بازدید:
پوست:

فرم بازدید از موسسه فیزیوتراپی

- نام موسسه: _____
نشانی و تلفن: _____
منطقه شهرداری: _____
- شماره و تاریخ پروانه تاسیس: _____
نام و نام خانوادگی موسس: _____
- شماره و تاریخ پروانه مسئول فنی: _____
نام و نام خانوادگی مسئول فنی: _____
- ساعات فعالیت: نیمه وقت / تمام وقت
در زمان بازدید مسئول فنی حضور داشت حضور نداشت
مسئول فنی نظارت مستقیم در ساعات فعالیت فیزیوتراپی دارد ندارد
تعداد تابلو _____ عناوین تابلو: _____
- مشخصات ساختمان: _____
تعداد پله از سطح خیابان: _____
مساحت موسسه: _____
اتاق آب درمانی: _____
اتاق الکترو تراپی (تعداد و ابعاد کابین): _____
دستشویی آب گرم و سرد در اتاق فیزیوتراپی: دارد ندارد
- شخصی استیجاری
آسانسور
اتاق مسئول فنی: _____
وضعیت بایگانی: _____
- طبقه ساختمان: _____
رمپ: _____
اتاق انتظار: _____
دارد ندارد
اتاق مکانو تراپی (تعداد و ابعاد کابین): _____
- تجهیزات: _____
اولتراسوند (U.S) _____
چراغ مادون قرمز یا HOT.Back یا Ice.pack _____
دستگاه گالوانیک - فارادیک - دیاداینامیک _____
دستگاه IF یا TENS _____
دوچرخه ثابت _____
سندلی مخصوص ورزش عضلات پا _____
کفش مکانیکی گردن _____
کپسول اکسیژن با مانومتر (پرنابل) _____
- فریم - پولی و ملحقات _____
شولدر ویل _____
wrist.exs _____
ست وزنه _____
سندلی چرخدار _____
WallBar یا Fingerbar _____
گوشی و فشار سنج _____

- تعرفه ویزیت و خدمات ارائه شده:

- قرارداد با بیمه : خدمات درمانی تامین اجتماعی نیروهای مسلح بانکها شهرداری
- اسامی و مدارک کارکنان شاغل:

- رعایت طرح طباق امور فنی فیزیوتراپی با موازین شرع مقدس در ساعات فعالیت فیزیوتراپی:

- دفتر ثبت مشخصات بیماران : دارد ندارد

- دستگاه رایانه ثبت مشخصات بیماران دارد ندارد

- پرونده برای بیماران تشکیل میشود نمیشود

- وضعیت بهسازی :

روشنایی تهویه توری پنجره ها سیستم گرما و سرما

- وضعیت بهداشت:

بهداشت فردی بهداشت محیط بهداشت تجهیزات تی شور

حوله و ملحفه های سفید سرویس بهداشتی و فرنگی

- کپسول اطفاء حریق دارد ندارد

- شرایط ایمانی در برابر برق گرفتگی:

- نمونه سرنسخه : - کارت ویزیت : - اوراق چاپی: پیوست است.

- نحوه همکاری با کارشناسان:

- ملاحظات:

نام و نام خانوادگی کارشناسان:

امضاء مسئول فنی

مهر موسسه

تاریخ و ساعت بازدید:

تاریخ

امضاء