



## فرم شماره یک

تاریخ:

شماره:

### فرم ارجاع گزارش تخلفات موسسات درمانی به کمیسیون ماده ۱۱ تعزیرات حکومتی

پیوست:

#### مشخصات موسسه

- ۱ - عنوان مرکز: \_\_\_\_\_  
۲ - شماره تلفن ثابت مرکز: \_\_\_\_\_  
۳ - آدرس دقیق و کامل مرکز: \_\_\_\_\_  
۴ - نام و نام خانوادگی مسئول فنی: \_\_\_\_\_  
۵ - شماره همراه مسئول فنی: \_\_\_\_\_  
۶ - نام و نام خانوادگی مدیر مرکز: \_\_\_\_\_  
۷ - شماره همراه مدیر مرکز: \_\_\_\_\_  
۸ - مشخصات پروانه و یا مجوز فعالیت ( در صورتی که مرکز دارای پروانه و مجوز فعالیت می باشد): \_\_\_\_\_

#### دبیر محترم کمیسیون ماده ۱۱ تعزیرات حکومتی

با سلام و احترام

به استحضار می رساند طی بازدید و بازرسی به عمل آمده از موسسه فوق در تاریخ..... ساعت..... تخلفات ذیل مشاهده و صورتجلسه گردید که جهت رسیدگی نهایی، به پیوست .....برگ مستندات مربوطه به حضورتان ارسال می گردد:

- ۱ - ایجاد موسسه غیر مجاز توسط افراد فاقد صلاحیت حرفه ای
- ۲ - ایجاد موسسه غیر مجاز توسط افراد متخصص بدون اخذ مجوزهای قانونی
- ۳ - خودداری مرکز از پذیرش بیمار اورژانسی
- ۴ - اخذ وجه اضافه و ایجاد خدمات مازاد بر نیاز بیمار
- ۵ - بکارگیری صاحبان حرفه های پزشکی و پیراپزشکی فاقد مجوز کار
- ۶ - اشتغال صاحبان حرفه های پزشکی و پیراپزشکی در محل غیر مجاز
- ۷ - بکارگیری افراد فاقد صلاحیت حرفه ای در موسسه درمانی
- ۸ - عدم حضور مسئول فنی
- ۹ - عدم رعایت بهداشت محیط
- ۱۰ - گمراهی بیماران و مراجعین از طریق آگهی و تبلیغات غیر مجاز
- ۱۱ - دخالت غیر مجاز در امر درمان
- ۱۲ - استفاده از تجهیزات و ملزومات غیر مجاز
- ۱۳ - اقدام به عمل غیر قانونی و غیر مجاز ( سقط جنین و ...)
- ۱۴ - سایر موارد:

توضیحات مورد لزوم:

سوابق قبلی:  دارد  ندارد

توضیحات سوابق قبلی ( در صورتی که سوابق قبلی دارد ):