

فرم شماره یک - فرم ارجاع گزارش تخلفات موسسات درمانی

به کمیسیون ماده ۱۱ تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی

مشخصات موسسه:

عنوان مرکز: شماره نامه و تاریخ ارجاع به کمیسیون ماده ۱۱ تعزیرات:

آدرس دقیق مرکز:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز:

شماره همراه مسئول فنی:

نام و نام خانوادگی مدیر مرکز:

شماره همراه مدیر مرکز:

آیا مرکز پروانه فعالیت دارد؟ بلی خیر

آیا مرکز سابقه قبلی دارد؟ بلی خیر

توضیحات سوابق قبلی:

مشخصات شاکی خصوصی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره تماس همراه	توضیحات
۱				
۲				
۳				

• در صورتی که تعداد شاکیان بیشتر از ۳ نفر می باشد از دو فرم جداگانه استفاده شود.

مشخصات متشاکی یا متشاکیان:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد (کامل)	شماره تماس همراه	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					

• در صورتی که تعداد متشاکیان بیشتر از ۳ نفر می باشد از دو فرم جداگانه استفاده شود.

تخلفات و جرائم مشهود:

- 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 بیماران اورژانسی
- ۴- اخذ وجه اضافه و ایجاد خدمات مازاد بر نیاز بیماران
- 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
- ۱۲- اقدام به عمل غیر قانونی و غیر مجاز (مانند سقط جنین و ...)
- ۱۳- سایر موارد توضیحات: