|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **DÖRTYOL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  **HİZMETE ERİŞİM STANDARTLARI TABLOSU** | | | | | |
| **Doküman Kodu**: HHE.PL.01 | | **Yayın Tarihi**:01.08.2017 | | **Revizyon No:**02 | **Revizyon Tarihi:**27.11.2019 | | **Sayfa Sayısı:**1/3 |
|  | | | | | | | |
| **SIRA NO** | **HİZMETİN ADI** | | **BAŞVURUDA İSTENEN BELGELER** | | | **HİZMET TAMAMLAMA SÜRECİ (EN GEÇ)** | |
| **1** | Hekim Seçme | | **1.** T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  **2.** Seçilen hekim ismi | | | **15.dk.** | |
| **2** | Muayene | | **1.** T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  **2.** Adres ve telefon bilgileri beyanı,  **3.** Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  **4.** Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi | | | **60 dk.** | |
| **3** | Periapikal film çekilmesi | | **1.** Poliklinik muayenesi sonrası hekimin isteme (otomasyon üzerinden yapılır) | | | **30 dk** | |
| **4** | Panoramik Film Çekilmesi | | **1.** Poliklinik muayenesi sonrası hekimin isteme (otomasyon üzerinden yapılır) | | | **20 dk.** | |
| **5** | Diş Çekimi | | **1.** T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  **2.** Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  **3.** Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  **4.** Bilgilendirmiş onam formu,  **7.** Radyolojik tetkikler,  **8.** Konsültasyonlar | | | **60 dk.** | |
| **6** | Yarı Gömülü Diş Çekimi | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2. Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  3. Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  4. Bilgilendirmiş onam formu,  5. Radyolojik tetkikler,  6. Konsültasyonlar | | | **7 Gün** | |
| **7** | Tam Gömülü Diş Çekimi | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2. Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  3. Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  4. Bilgilendirmiş onam formu,  5. Radyolojik tetkikler,  6. Konsültasyonlar | | | **14 Gün** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **DÖRTYOL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  **HİZMETE ERİŞİM STANDARTLARI TABLOSU** | | | | | |
| **Doküman Kodu**: HHE.PL.01 | | **Yayın Tarihi**:01.08.2017 | | **Revizyon No:**02 | **Revizyon Tarihi:**27.11.2019 | | **Sayfa Sayısı:**2/3 |
|  | | | | | | | |
| **SIRA NO** | **HİZMETİN ADI** | | **BAŞVURUDA İSTENEN BELGELER** | | | **HİZMET TAMAMLAMA SÜRECİ (EN GEÇ)** | |
| **8** | Konservatif Tedavi(Amalgam Dolgu-Kompozit Dolgu) | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2. Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  3. Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  4. Bilgilendirmiş onam formu,  5. Radyolojik tetkikler,  6. Konsültasyonlar | | | **10 Gün** | |
| **9** | Endodonti (Kanal Tedavisi) | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2. Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  3. Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  4. Bilgilendirmiş onam formu,  5. Radyolojik tetkikler,  6. Konsültasyonlar | | | **10 Gün** | |
| **10** | Protetik Diş tedavisi(Tam Protez-Bölümlü Protez) | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2. Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  3. Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  4. Bilgilendirmiş onam formu,  5. Radyolojik tetkikler,  6. Konsültasyonlar | | | **20 Gün** | |
| **11** | Periodontoloji  (Diş Taşı Temizliği) | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2. Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  3. Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  4. Bilgilendirmiş onam formu,  5. Radyolojik tetkikler,  6. Konsültasyonlar | | | **1 gün** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **DÖRTYOL AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  **HİZMETE ERİŞİM STANDARTLARI TABLOSU** | | | | | | |
| **Doküman Kodu**: HHE.PL.01 | | **Yayın Tarihi**:01.08.2017 | | **Revizyon No:**02 | | **Revizyon Tarihi:2**7.11.2019 | | **Sayfa Sayısı:**3/3 |
|  | | | | | | | | |
| **SIRA NO** | **HİZMETİN ADI** | | **BAŞVURUDA İSTENEN BELGELER** | | | | **HİZMET TAMAMLAMA SÜRECİ (EN GEÇ)** | |
| **12** | Protetik Diş Tedavisi  (Verner Kron) | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2. Ücretli hastalar için vezne makbuzu,  3. Yurt dışı SSK’lı hastalardan sözleşmeye göre sağlık yardım belgesi,  4. Bilgilendirmiş onam formu,  5. Radyolojik tetkikler,  6. Konsültasyonlar | | | | **20 Gün** | |
| **13** | Hasta Hakları Birimine Başvurusunun Kabulü ve Cevaplanması | | Yazılı başvuru yapacak hasta ve yakınlarının kimlik ve adres beyanlarını doğru yapmaları ve formu doldurarak imzalamaları veya Sağlık Bakanlığı sitesinin hasta hakları sayfası üzerinden internet başvurusu. | | | | **1.hasta Hakları birimine yapılan başvuru Kurulda 15iş günü**  **2.Yerinde çözümler 1.iş günü**  **3.Diğer şikâyet başvuruları,30 iş günü** | |
| **14** | Şikâyet başvurusuna cevap verilmesi | | Dilekçe(Kimlik ve adres bilgilerini içeren) | | | | **30 iş günü** | |
| **15** | Bilgi edinme başvurusuna cevap verilmesi | | Dilekçe(Kimlik ve adres bilgilerini içeren) veya elektronik ortamda internet sayfamızdan başvuru | | | | **30 gün** | |
| **16** | Adli Rapor | | 1. T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi,  2.Resmi üst Yazı. | | | | **1gün** | |
| **17** | Konsültasyon Hizmetleri | | 1.T.C. Kimlik numarası yazılı (15 yaş üzeri için fotoğraflı) kimlik belgesi  2..Konsültasyon istem formu | | | | **1gün** | |
| Başvuru esnasında yukarıda belirtilen belgelerin dışında belge istenmesi veya başvuru eksiksiz belge ile yapıldığı halde hizmetin belirtilen sürede tamamlanmaması durumunda ilk müracaat yerine yâda ikinci müracaat yerine başvurunuz. | | | | | | | | |
| **İLK MÜRACAAT YERİ** | | | | | **İKİNCİ MÜRAAAT YERİ** | | | |
| Adı Soyadı: Turan SIÇRAMAZ | | | | | Adı Soyadı: Dt. Zafer TERZİ | | | |
| Unvan: İdari ve Mali İşler Müd. | | | | | Unvan: Başhekim | | | |
| Adres: Numune Evler Mah.Tahsin Katipoğlu Cad. No.26/C | | | | | Adres: Numune Evler Mah.Tahsin Katipoğlu Cad. No.26/C | | | |
| [Tel: 0326](Tel:0326) 712 31 09 | | | | | Tel: [0326](Tel:0326) 712 31 09 | | | |
| Faks. 0 326 712 31 05 | | | | | Faks. . 0 326 712 31 05 | | | |
|  | | | | |  | | | |