

ΚΑΤΑΓΡΑΦΙΚΗ ΦΟΡΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ



ΚΑΤΑΓΡΑΦΙΚΗ ΦΟΡΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ / ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΩΝ

ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ / ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ :

12

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΦΟΡΕΑ	4
A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ*	4
A.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ – ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ή ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ	4
A.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ – ΙΔΙΩΤΗ ΓΙΑΤΡΟΥ	4
A.3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ*	4
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ	6
B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ*	6
B.1. ΕΜΒΕΛΕΙΑ ΔΡΑΣΗΣ*	6
B.2. ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ*	6
B.3. ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΑΡΧΗ*	6
B.4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ*	6
B.5. ΚΟΙΝΗ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ *	7
B.6. ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ *	7
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	9
Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ *	9
Γ.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ *	9
Γ.1.1. Στοιχεία Επικοινωνίας με νόμιμο εκπρόσωπο *	9
Γ.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ *	9
Γ.2.1. Στοιχεία Επικοινωνίας με Επιστημονικό Διευθυντή *	9
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	11
Δ. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ – ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ *	11
Δ.1. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ – ΙΔΙΩΤΗ ΓΙΑΤΡΟΥ *	11
Δ.2. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	11
Δ.3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ή ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ*	11
Δ.4. ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ * (Πολλαπλή επιλογή)	12
ΥΠΟΔΟΜΕΣ	13
Ε. ΥΠΟΔΟΜΕΣ *	13
Ε.1. ΑΚΙΝΗΤΑ*	13
Ε.2. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΥΛΙΣΜΙΚΟΥ (HARDWARE) & ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ (SOFTWARE)*	13

Συντάκτης :Αρετή Λιούπα



Version : 03(29/11/2010)

Ε.3. ΙΑΤΡΙΚΟΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ *	13
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ	15
ΣΤ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ *	15
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	16
Ζ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ *	16
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	17
Η. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ *	17
Η.1. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ *	17
Η.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ *	17
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	19
Θ. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	19
Θ.1. ΧΡΗΣΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ * (Πολλαπλή επιλογή)	19
Θ.2. ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ * (Πολλαπλή επιλογή)	19
Θ.3. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ * (Πολλαπλή επιλογή)	19
Θ.4. ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΣΑΣ * (Έως 3 επιλογές)	19
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΩΡΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	21
Ι. ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΩΡΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	21
ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΤΑΜΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	22
ΙΑ. ΤΑΜΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ Ο ΦΟΡΕΑΣ ΣΑΣ * (Πολλαπλή επιλογή)	22
ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ	24
ΙΒ. ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ *	24
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	25
ΙΓ. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ *	25
ΙΔ. ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ *	25

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΦΟΡΕΑ

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ*

Συμπληρώστε τους ακόλουθους πίνακες που αφορούν στην ταυτότητα του Φορέα σας

Η συμπλήρωση των πεδίων που φέρουν αστερίσκο (*) είναι υποχρεωτική

Ο Φορέας σας είναι : *

1 Νομικό Πρόσωπο ⇒ ΕΝΟΤΗΤΑ Α.1.

2 Ατομική επιχείρηση – Ιδιώτης Ιατρός ⇒ ΕΝΟΤΗΤΑ Α.2.

A.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ – ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ή ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η Ενότητα Α.1., συμπληρώνεται μόνον εφόσον πρόκειται για Νομικό πρόσωπο

Επωνυμία Φορέα: *

Διακριτικός Τίτλος: *

Ξενόγλωση Επωνυμία : *

⇒ ΕΝΟΤΗΤΑ Α.3.

A.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ – ΙΔΙΩΤΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

Όνομα : *

Επίθετο : *

Πατρώνυμο : *

Μητρώνυμο : *

Φύλο : *

1 Άνδρας

2 Γυναίκα

ΑΜΚΑ: *

A.3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ*

Οδός : *

Αριθμός: *

Τ.Κ.: *

Δήμος : *

Πίνακας 1 : Δήμος

↓ (DROP DOWN LIST)

Περιφέρεια : *

Πίνακας 2 : Περιφέρεια

↓ (DROP DOWN LIST)

Τηλέφωνα επικοινωνίας *

(έως τρεις αριθμούς τηλεφώνων)	
Fax : (έως 2 αριθμούς fax)	
Email :	
Web site :	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ*

B.1. ΕΜΒΕΛΕΙΑ ΔΡΑΣΗΣ*

Τι εμβέλεια έχει ο Φορέας σας, όσον αφορά στο γεωγραφικό εύρος του κοινού στο οποίο παρέχει υπηρεσίες;*

(Για τη συμπλήρωση αυτού του πεδίου, θα πρέπει να λάβετε υπόψη, από ποιο κοινό προέρχεται ο κύριος όγκος του κύκλου εργασιών σας)

- | | |
|---|--------------|
| 1 | Τοπική |
| 2 | Περιφερειακή |
| 3 | Εθνική |
| 4 | Διεθνής |

B.2. ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ*

Τι Νομική Μορφή έχει ο Φορέας σας; *

- | | |
|----|--|
| 1 | Ατομική Επιχείρηση |
| 2 | Ομόρρυθμη Εταιρεία (Ο.Ε.) |
| 3 | Ετερόρρυθμη Εταιρεία (Ε.Ε.) |
| 4 | Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.) |
| 5 | Μονοπρόσωπη Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης (Μον. Ε.Π.Ε.) |
| 6 | Ανώνυμη Εταιρεία (Α.Ε.) |
| 7 | Μη Κυβερνητική Οργάνωση (ΜΚΟ) |
| 8 | Αστική Εταιρεία |
| 9 | Αστικός Συνεταιρισμός |
| 10 | Ιατρική Εταιρεία |
| 11 | Σωματείο |
| 12 | Άλλο. Προσδιορίστε |

B.3. ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΑΡΧΗ*

Ποια είναι η Εποπτεύουσα Αρχή του Φορέα σας; *

- | | |
|---|---|
| 1 | Δ/ση Υγείας της Περιφέρειας |
| 2 | Άλλη Αρχή. Παρακαλώ προσδιορίστε ποια. |

Πίνακας 2 : Περιφέρεια
↓ (DROP DOWN LIST)

B.4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ*

Αριθμός άδειας Λειτουργίας: *

Ημ/νία κτήσης άδειας Λειτουργίας: * (Σημειώστε ημέρα/μήνα/έτος))			
Αριθμ. άδειας Ίδρυσης: *			
Ημ/νία κτήσης άδειας Ίδρυσης: */...../.....			
Ιατρικός σύλλογος που ανήκει ο Φορέας: *			
Πίνακας 3 : Ιατρικοί Σύλλογοι ↓(DROP DOWN LIST)			
Αριθμ. Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου: *			
Α.Φ.Μ.: *			
Δ.Ο.Υ.: *			
Αριθμός ΦΕΚ Σύστασης: * (Συμπληρώνεται υποχρεωτικά μόνο από Φορείς που η Νομική τους μορφή είναι Α.Ε. ή Ε.Π.Ε. ή Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε)			
Παρακαλώ αναφέρετε όλες τις τροποποιήσεις ΦΕΚ του Φορέα σας : * (Συμπληρώνεται υποχρεωτικά μόνο από Φορείς που η Νομική τους μορφή είναι Α.Ε. ή Ε.Π.Ε. ή Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε)			
B.5. ΚΟΙΝΗ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ *			
Ο Φορέας σας διαθέτει κοινή άδεια λειτουργίας με δύο ή περισσότερους ιατρούς της ίδιας ειδικότητας ; *			
1	Ναι *	⇒ Καταγράψτε τα ακόλουθα στοιχεία για τον φορέα ή τους φορείς με τους οποίους διαθέτετε κοινή άδεια λειτουργίας:	
A/A *	Όνοματεπώνυμο ή Επωνυμία φορέα *	Στοιχεία επικοινωνίας *	Καταγράψτε τις ώρες που βρίσκεται στον φορέα σας *
		(Τηλέφωνα)	
1			
2			
3			
4			
+(προσθήκη γραμμών)			
Παρατηρήσεις :			
2	Όχι		
B.6. ΣΥΣΤΕΓΑΣΗ *			
Ο Φορέας σας συστεγάζεται με άλλο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας; *			
1	Ναι *	⇒ Καταγράψτε τα ακόλουθα στοιχεία για τον φορέα ή τους φορείς με τους οποίους συστεγάζεστε:	

Σχόλιο [I1]: Να μπει calendar

Σχόλιο [12]: Να μπει calendar

Α/Α *	Κατηγορία φορέα με την οποία συστεγάζεστε *	Ονοματεπώνυμο ή Επωνυμία φορέα *	Καταγράψτε την ειδικότητα του συστεγασζόμενου φορέα, ανάλογα με την κατηγορία φορέα στην οποία ανήκει *		Αριθμ. Αδειας Λειτουργίας *	Ημ/νία κτήσης Αδειας Λειτουργίας *	Στοιχεία επικοινωνίας * (Τηλέφωνα)	Καταγράψτε τις ώρες που βρίσκεται στον φορέα σας *
			Ιατρική Ειδικότητα	Οδοντιατρική Ειδικότητα				
1	Πίνακας 6 : Κατηγορία Φορέα ↓(DROP DOWN LIST)		Πίνακας 7 «Ιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)	Πίνακας 8 «Οδοντιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)		/...../.....		Σχόλιο [I3]: Να μπει calendar
2	Πίνακας 6 : Κατηγορία Φορέα ↓(DROP DOWN LIST)		Πίνακας 7 «Ιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)	Πίνακας 8 «Οδοντιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)		/...../.....		Σχόλιο [I4]: Να μπει calendar
3	Πίνακας 6 : Κατηγορία Φορέα ↓(DROP DOWN LIST)		Πίνακας 7 «Ιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)	Πίνακας 8 «Οδοντιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)		/...../.....		Σχόλιο [I5]: Να μπει calendar
4	Πίνακας 6 : Κατηγορία Φορέα ↓(DROP DOWN LIST)		Πίνακας 7 «Ιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)	Πίνακας 8 «Οδοντιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)		/...../.....		Σχόλιο [I6]: Να μπει calendar
+(προσθήκη γραμμών)	Πίνακας 6 : Κατηγορία Φορέα ↓(DROP DOWN LIST)		Πίνακας 7 «Ιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)	Πίνακας 8 «Οδοντιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)		/...../.....		Σχόλιο [I7]: Να μπει calendar
Παρατηρήσεις:								
2	Όχι							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Γ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ *

(Ο Πίνακας Γ, δεν συμπληρώνεται από Ιδιώτες Ιατρούς, αλλά μόνο στην περίπτωση που το Ιατρείο /Πολυιατρείο έχει άλλη Νομική Μορφή πλην της Ατομικής Επιχείρησης)

Γ.1.. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ *

(Καταγράψτε τα στοιχεία του προσώπου που δεσμεύει νομικά το Φορέα σας)

Όνομα : *

Επίθετο : *

Πατρώνυμο : *

Μητρώνυμο : *

Φύλο : *

- | | |
|---|---------|
| 1 | Ανδρας |
| 2 | Γυναίκα |

Γ.1.1.Στοιχεία Επικοινωνίας με νόμιμο εκπρόσωπο *

Τηλέφωνο επικοινωνίας *

(έως 2 αριθμούς τηλεφώνων)

Fax :

Email :

Γ.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ *

(Καταγράψτε τα στοιχεία του Επιστημονικού Υπευθύνου του Φορέα σας)

Όνομα : *

Επίθετο : *

Πατρώνυμο : *

Μητρώνυμο : *

Φύλο : *

- | | |
|---|---------|
| 1 | Ανδρας |
| 2 | Γυναίκα |

Γ.2.1.Στοιχεία Επικοινωνίας με Επιστημονικό Διευθυντή *

Τηλέφωνο επικοινωνίας *

(έως 2 αριθμούς τηλεφώνων)

Συντάκτης :Αρετή Λιούπα



Version : 03(29/11/2010)

Fax :

Email :

Συντάκτης :Αρετή Λιούπα



Version : 03(29/11/2010)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

Α. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ – ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ *

Α.1. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ – ΙΔΙΩΤΗ ΓΙΑΤΡΟΥ *

(Ο Πίνακας Α.1. συμπληρώνεται μόνο από Ιδιώτες Ιατρούς)

Καταγράψτε την κύρια ειδικότητά σας. Αν κάποιος ιδιώτης Ιατρός, διαθέτει και δεύτερη ή τρίτη ειδικότητα, αυτή ή αυτές συμπληρώνονται σαν Δεύτερες ειδικότητες. Πχ. Κύρια ειδικότητα Ψυχίατρος και δεύτερη Νευρολόγος.

ΚΥΡΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ *

(μόνο μία επιλογή)

ΔΕΥΤΕΡΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ

(πολλαπλή επιλογή)

Πίνακας 7

«Ιατρικές Ειδικότητες»

↓(DROP DOWN LIST)

Πίνακας 7

«Ιατρικές Ειδικότητες»

↓(DROP DOWN LIST)

Α.2. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ

Αναφέρετε τυχόν εξειδικεύσεις της ειδικότητάς σας (πχ. Ορθοπεδικός – Σπονδυλικής στήλης, Γυναικολόγος – Εξωσωματική γονιμοποίηση, κλπ.)

1

2

3

4

.....+ Προσθήκη
γραμμών

⇒ ΕΝΟΤΗΤΑ Ε

Α.3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ή ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ*

Ο Πίνακας Α.3. συμπληρώνεται μόνο από Πολυιατρεία ή Ιατρικές Εταιρείες

Καταγράψτε τα στοιχεία των Ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες στο Πολυιατρείο ή την Ιατρική Εταιρεία. Αν κάποιος Ιατρός, διαθέτει και δεύτερη ή τρίτη ειδικότητα, αυτή ή αυτές συμπληρώνονται σαν Δευτερεύουσες ειδικότητες. Πχ. Κύρια ειδικότητα Ψυχίατρος και δευτερεύουσα Νευρολόγος. Στην τελευταία στήλη συμπληρώνετε τη σχέση που έχει ο συγκεκριμένος Ιατρός με τον Φορέα σας.

Α/Α	ΟΝΟΜΑ *	ΕΠΙΘΕΤΟ *	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ *	ΑΔΕΙΑ ΛΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ *	ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟ Υ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟ Υ :	ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ Σ ΠΟΥ ΑΝΗΚΕΙ *	ΑΜΚΑ *	ΚΥΡΙΑ *	ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ (πολλαπλή επιλογή)	Σημειώστε *
									(μόνο μία επιλογή)		1 = Επιστημονικός Υπεύθυνος Τμήματος 2 = Απασχολούμενος
1					Αρ. *	Ημ/νία Κτήσης *	Πίνακας 7 «Ιατρικές Ειδικότητες» ↓(DROP DOWN LIST)	Πίνακας 3 : Ιατρικοί Σύλλογοι			

Σχόλιο [18]: Να μπει calendar

Συντάκτης :Αρετή Λιούπα



Version : 03(29/11/2010)

					Ψ(DROP DOWN LIST)	
2				 /...../	Πίνακας 3 : Ιατρικοί Σύλλογοι Ψ(DROP DOWN LIST)	Σχόλιο [I9]: Να μπει calendar
3				 /...../	Πίνακας 3 : Ιατρικοί Σύλλογοι Ψ(DROP DOWN LIST)	Σχόλιο [I10]: Να μπει calendar
4				 /...../	Πίνακας 3 : Ιατρικοί Σύλλογοι Ψ(DROP DOWN LIST)	Σχόλιο [I11]: Να μπει calendar
5				 /...../	Πίνακας 3 : Ιατρικοί Σύλλογοι Ψ(DROP DOWN LIST)	Σχόλιο [I12]: Να μπει calendar
...				 /...../	Πίνακας 3 : Ιατρικοί Σύλλογοι Ψ(DROP DOWN LIST)	Σχόλιο [I13]: Να μπει calendar

Δ.4. ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ * (Πολλαπλή επιλογή)

Ο Πίνακας Δ.4. συμπληρώνεται από όλους (Ιατρεία / Πολυιατρεία)

Καταγράψτε τις εξεταστικές μονάδες που διαθέτει ο Φορέας σας, καθώς και τον αριθμό αυτών για κάθε κατηγορία. Οι επιλογές σας, όσον αφορά στις εξεταστικές μονάδες είναι πολλαπλές.

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ / ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ	Αριθμός εξεταστικών μονάδων (εισάγετε αριθμό)
1	Ιατρείο - Εξεταστήριο	
2	Εργαστήριο - Παρασκευαστήριο Βιολογικών Υλικών	
3	Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής in vitro	
4	Αίθουσα Απεικόνισης	
5	Αίθουσα γ-camera Εργαστηρίου Πυρηνικής Ιατρικής in vivo	
6	Άλλο. Προσδιοριζόμενο	

ΥΠΟΔΟΜΕΣ

Ε. ΥΠΟΔΟΜΕΣ *

Ε.1. ΑΚΙΝΗΤΑ*

Καταγράψτε τα ακόλουθα στοιχεία του ακινήτου, όπου εδρεύει ο Φορέας σας (Ιατρείο / Πολυιατρείο)

1. Έτος κατασκευής ακινήτου : *

2. Συνολικό εμβαδόν: *

3. Στοιχεία ιδιοκτησίας: *

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | Ιδιόκτητο |
| 2 | Με ενοίκιο |
| 3 | Με παραχώρηση |
| 4 | Άλλο. Παρακαλώ προσδιορίστε |

4. Το ακίνητο στο οποίο στεγάζεται ο

Φορέας σας, έχει πρόσβαση για ΑΜΕΑ; *

- | | |
|---|-----|
| 1 | ΝΑΙ |
| 2 | ΟΧΙ |

Ε.2. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΥΛΙΣΜΙΚΟΥ (HARDWARE) & ΛΟΓΙΣΜΙΚΟΥ (SOFTWARE)*

Στον Φορέα σας διαθέτετε ; *

1. Προσωπικούς Υπολογιστές, χωρίς σύνδεση στο διαδίκτυο; *

1 NAI

2 OXI

2. Προσωπικούς Υπολογιστές συνδεδεμένους στο διαδίκτυο; *

1 NAI

2 OXI

3. Εκτυπωτές; *

1 NAI

2 OXI

4. Φωτοαντιγραφικά (αμιγώς); *

1 NAI

2 OXI

5. Εφαρμογές Διαχείρισης Ιατρείου *

1 NAI

(Ως ποσότητα αναφέρετε τις άδειες χρήσεις που έχετε);

2 OXI

Αναφέρετε την Ποσότητα *

Ε.3. ΙΑΤΡΙΚΟΣ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ *

Αναφέρετε τον Ιατρικό και λοιπό διαγνωστικό εξοπλισμό που διαθέτει ο Φορέας σας, καθώς και το έτος κτήσης κάθε επιμέρους στοιχείου του εξοπλισμού:

A/A	Περιγραφή Ιατρικού και λοιπού διαγνωστικού εξοπλισμού *	ΕΤΟΣ ΚΤΗΣΗΣ *
	<i>(η περιγραφή πρέπει να δοθεί όπως ακριβώς είναι δηλωμένα στην άδεια λειτουργίας του Φορέα σας)</i>	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
.....		

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ

ΣΤ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ *

Τι είδους απόβλητα παράγει ο Φορέας σας; *

(πολλαπλή επιλογή)

- | | |
|---|--|
| 1 | Ιατρικά Απόβλητα που προσομοιάζουν με τα οικιακά απόβλητα (ΙΑ- ΑΧ) |
| 2 | Επικίνδυνα Ιατρικά Απόβλητα αμιγώς Μολυσματικού Χαρακτήρα (ΕΙΑ-MX). |
| 3 | Επικίνδυνα Ιατρικά Απόβλητα ταυτόχρονα μολυσματικού και τοξικού χαρακτήρα (ΕΙΑ-MTX). |
| 4 | Επικίνδυνα Ιατρικά Απόβλητα αμιγώς Τοξικού Χαρακτήρα (ΕΙΑ-TX). |
| 5 | Άλλα Ιατρικά Απόβλητα (ΑΙΑ): Ραδιενεργά, μπαταρίες, συσκευασίες με αέρια υπό πίεση, κ.ά. |

Πως διαχειρίζεται ο Φορέας σας τα απόβλητα (στερεά, υγρά, κλπ.) που παράγει; *

(πολλαπλή επιλογή)

- | | |
|---|--|
| 1 | Μέσω ειδικής εταιρείας συλλογής |
| 2 | Άμεση απόρριψη στους κάδους σκουπιδιών, σε σακούλες με ειδική σήμανση |
| 3 | Με αποτέφρωση σε ειδικούς κλιβάνους που λειτουργούν εντός του Φορέα σας. |
| 4 | Απόρριψη στους κάδους σκουπιδιών / αποχετεύσεις |
| 5 | Με άλλο τρόπο. Ποιο |

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ζ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ *		
Μπορείτε να μου πείτε αν ο Φορέας σας είναι πιστοποιημένος με κάποιο(α) σύστημα(τα) διαχείρισης ποιότητας και να ναι με ποιο(α); * (πολλαπλή επιλογή)	1	ISO 15189:2007 για την Ποιότητα των Κλινικών Εργαστηρίων
	2	ISO 9001:2000
	3	ISO 9001:2008
	4	ISO 9002
	5	ISO 14001:2004 για την Περιβαλλοντική Διαχείριση
	6	OHSAS 18001:2007 για την Υγεία & Ασφάλεια στην Εργασία
	7	ISO 27001:2005 για τη Διαχείριση της Ασφάλειας Πληροφοριών
	8	Joint Commission International (JCI)
	9	Άλλο. Ποιο ;.....
	10	Όχι με κανένα

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Η. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ *

Καταγράψτε το συνολικό αριθμό των απασχολούμενων στο φορέα σας, ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν, τη σχέση απασχόλησής τους με το Φορέα σας, καθώς και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Η.1. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ *

Στον Πίνακα Η.1., συμπληρώστε το ανάλογο πεδίο, λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση απασχόλησης και το εκπαιδευτικό επίπεδο κάθε απασχολούμενου στον Φορέα σας.

(Π.Ε. = Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, Τ.Ε. = Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, Δ.Ε. = Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Υ.Ε. = Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης)

Σημείωση : Η συμπλήρωση των στηλών του πίνακα που ακολουθεί γίνεται με αριθμούς. (πχ. 1, 2, 3, κλπ.)

Δεν χρειάζεται να βάζετε μηδενικά, στα επιμέρους πεδία, στην περίπτωση που δεν έχετε προσωπικό από κάποια κατηγορία.

Στα ΣΥΝΟΛΑ αθροίστε την κάθε στήλη.

Στην περίπτωση που σε κάποια στήλη δεν έχετε προσωπικό από την συγκεκριμένη κατηγορία (πχ. Μερικής απασχόλησης με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου στην κατηγορίας Π.Ε.), τότε στο ΣΥΝΟΛΟ της συγκεκριμένης στήλης βάζετε 0.

Κατηγορία προσωπικού	Σχέση απασχόλησης											
	Πλήρους απασχόλησης *				Μερικής απασχόλησης με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου *				Με σύμβαση ορισμένου χρόνου ιδιωτικού δικαίου *			
	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Ιατρικό												
Νοσηλευτικό												
Παραϊατρικό												
Διοικητικό												
Λοιπό Βοηθητικό												
ΣΥΝΟΛΑ												

Συνολικός αριθμός απασχολούμενων στον Φορέα:*

(Ο συνολικός αριθμός των απασχολούμενων προκύπτει από το άθροισμα όλων των επιμέρους στηλών του πίνακα Η.1.)

Η.2. ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ *

Στον Πίνακα Η.2., συμπληρώστε την απασχόληση, όπως στον πίνακα Η.1., αλλά μόνο για γυναίκες απασχολούμενες στον Φορέα σας.

Π.Ε. = Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, Τ.Ε. = Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, Δ.Ε. = Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Υ.Ε. = Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης)

Κατηγορία προσωπικού	Σχέση απασχόλησης
----------------------	-------------------

	Πλήρους απασχόλησης *				Μερικής απασχόλησης με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου *				Με σύμβαση ορισμένου χρόνου ιδιωτικού δικαίου *			
	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.	Π.Ε.	Τ.Ε.	Δ.Ε.	Υ.Ε.
Ιατρικό												
Νοσηλευτικό												
Παραϊατρικό												
Διοικητικό												
Λοιπό Βοηθητικό												
ΣΥΝΟΛΑ												
Συνολικός αριθμός απασχολούμενων γυναικών στον Φορέα:* <i>(Ο συνολικός αριθμός των απασχολούμενων προκύπτει από το άθροισμα όλων των επιμέρους στηλών του πίνακα Η.Ι.)</i>												

ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Θ. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Θ.1. ΧΡΗΣΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ * (Πολλαπλή επιλογή)

Στον Πίνακα που ακολουθεί, τσεκάρετε τους χρήστες των υπηρεσιών που παρέχει ο Φορέας σας. Οι επιλογές μπορεί να είναι πολλαπλές.

Πληθυσμός στόχος : *	1	Όλος ο πληθυσμός
(χρήστες υπηρεσιών)	2	Μόνο άνδρες
	3	Μόνο γυναίκες
	4	Μόνο παιδιά
	5	Μόνο βρέφη

Θ.2. ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ * (Πολλαπλή επιλογή)

Στον Πίνακα που ακολουθεί, τσεκάρετε τις ηλικιακές ομάδες που ανήκουν οι χρήστες των υπηρεσιών που παρέχει ο Φορέας σας. Οι επιλογές μπορεί να είναι πολλαπλές.

Ηλικιακές Ομάδες : *	1	0 έως 14 ετών
	2	15 έως 64 ετών
	3	65 ετών και άνω

Θ.3. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ * (Πολλαπλή επιλογή)

Στον Πίνακα που ακολουθεί, τσεκάρετε τις κατηγορίες των υπηρεσιών που παρέχει ο Φορέας σας. Οι επιλογές μπορεί να είναι πολλαπλές.

Υπηρεσίες που παρέχει ο φορέας όχι: *	1	Διαγνωστικές
	2	Θεραπευτικές
	3	Υπηρεσίες πρόληψης
	4	Συμβουλευτικής Ιατρικής / Προαγωγής όχι υγείας
	5	Παρακολούθησης και αποκατάστασης
	6	Αισθητικής Ιατρικής
	7	Άλλη. Ποια;

Θ.4. ΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΣΑΣ * (Έως 3 επιλογές)

Στον Πίνακα που ακολουθεί, καταγράψτε τους 3 συχνότερους λόγους επίσκεψης πολιτών στον Φορέα σας. Έως 3 επιλογές.

Αναφέρετε τους τρεις σημαντικότερους λόγους επίσκεψης πολιτών στο ιατρείο σας *	1	Προληπτικός έλεγχος (check up)
	2	Οξεία ασθένεια / ενόχληση
	3	Χρόνια ασθένεια ή αναπηρία

4	Ατύχημα ή τραυματισμός
5	Προ ή μετά – εγχειρητικός έλεγχος
6	Παροδική ασθένεια
7	Συνταγογράφηση φαρμάκων
8	Άλλος λόγος. Ποιος;
9	ΔΑ

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΩΡΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

I. ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΩΡΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Καταγράψτε τις ώρες λειτουργίας του Φορέα σας, κατά τη διάρκεια μιας τυπικής εβδομάδας.

Ημέρα εβδομάδας	Πρωί		Δεν λειτουργεί	Απόγευμα		Δεν λειτουργεί
	Ωρα έναρξης	Ωρα λήξης		Ωρα έναρξης	Ωρα λήξης	
Δευτέρα						
Τρίτη						
Τετάρτη						
Πέμπτη						
Παρασκευή						
Σάββατο						
Κυριακή						

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΤΑΜΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΙΑ. ΤΑΜΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ Ο ΦΟΡΕΑΣ ΣΑΣ * (Πολλαπλή επιλογή)	
Καταγράψτε τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης με τα οποία είναι συμβεβλημένος ο Φορέας σας. Οι επιλογές είναι πολλαπλές.	
1	Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
2	ΙΚΑ - ΕΤΑΜ
3	ΟΓΑ
4	ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ)
5	ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου)
6	Ταμείο Νομικών
7	ΤΣΑΥ
8	Ε.Τ.Α.Α. (ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, ΤΑΝ, ΤΑΣ, ΤΠΔΑ, ΤΠΔΘ, ΤΥΔΠ, ΤΥΔΕ-ΤΠΔΕ, ΤΠΕΔΕ)
9	Τ.Σ.Π.Ε.Α.Θ.
10	ΤΑΙΣΥΤ
11	ΤΑΤΤΑ
12	ΤΣΕΥΠ
13	ΤΑΠ-ΟΤΕ
14	Ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού της Ασφ. Εταιρείας "Η Εθνική"
15	Ταμείο Συντάξεων του Προσ. της Εθνικής Τραπέζης της Ελλάδος
16	Ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού ΕΤΒΑ
17	Ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού Ιονικής και Λαϊκής Τράπεζας
18	Ταμείο Συντάξεων Πρόνοιας Προσωπικού Α.Τ.Ε.
19	Οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού Δ.Ε.Η.
20	Ταμ. Συντ. & Επικ. Ασφαλ. Προσ. Γεωργ. Συνετ/κών Οργαν/σεων
21	Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων
22	Ταμείο Ασφάλισης Ναυτ. Πρακτόρων και Υπαλλήλων
23	Ταμείο Συντάξεων Προσωπικού ΗΣΑΠ
24	Ταμείο Συντάξεων Προσωπικού της Τραπέζης της Ελλάδος και Κτηματικής
25	Ταμείο Συντάξεων Εφημεριδοπωλών και Υπαλλήλων Πρακτορείων Θεσσαλονίκης
26	Οίκος Ναύτου
27	Άλλο, προσδιοριζόμενο

Συντάκτης :Αρετή Λιούπα



Version : 03(29/11/2010)

ΣΥΜΒΕΒΑΗΜΕΝΕΣ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

ΙΒ. ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΕΒΑΗΜΕΝΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ *

Καταγράψτε τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες με τις οποίες είναι συμβεβλημένος ο Φορέας σας

1 Όχι με καμία

2 ΔΑ

3

4

5

6

....

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΙΓ. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ *

Σκοπεύετε το επόμενο χρονικό διάστημα να : *	Ναι μέσα στο χρόνο αυτό	Ναι τον επόμενο χρόνο	Όχι	ΔΓ/ΔΑ
Μετακομίστε *				
Αλλάξετε αριθμό τηλεφώνου *				
Συνταξιοδοτηθείτε / Σταματήσετε τη δραστηριότητά σας ; *				
Συστεγαστείτε με άλλο φορέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας *				

ΙΔ. ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ *

Θα θέλατε τα στοιχεία ταυτότητας του Φορέα σας να δημοσιοποιηθούν στον ιστότοπο του Υγειονομικού Χάρτη, ώστε να είναι προσβάσιμα στους πολίτες και αν ναι ποια από τα παρακάτω στοιχεία θα θέλατε να δημοσιοποιηθούν:

A/A	Περιγραφή στοιχείων Ταυτότητας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Ονοματεπώνυμο ή επωνυμία του Φορέα σας		
2	Στοιχεία Διεύθυνσης		
3	Στοιχεία Επικοινωνίας		
4	Ειδικότητα - Εξειδίκευση		
5	Παρεχόμενες υπηρεσίες		
6	Ωράριο λειτουργίας		
7	Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης με τους οποίους είναι συμβεβλημένος ο Φορέας σας		
8	Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες με τις οποίες είναι συμβεβλημένος ο Φορέας σας		
9	Άλλο. Προσδιορίστε		
10	Όχι. Δεν επιθυμώ τη δημοσιοποίηση των στοιχείων του Φορέα		