(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
KIRKAĞAÇ DEVLET HASTANESİ HİZMET STANDARTLARI TABLOSU

SIRA NO	SUNULAN HİZMET	BAŞVURUDA İSTENEN BİLGİ/BELGELER	TAMAMLANMA SÜRESİ
1	HEKİM SEÇME	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2.Seçilen Hekim İsmi	Hemen
2	POLİKLİNİK MUAYENE	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik	1 Saat
3	HASTA YATIŞI	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik	10 Dakika
4	LABORATUVAR TETKİKLERİ	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	5 Saat
5	RÖNTGEN ÇEKİMİ	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	30 Dakika
6	ULTRASONOGRAFİK TETKİKLER	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	30 Dakika
7	AMELİYAT PLANI VE GERÇEKLEŞTİRİLMESİ	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Yatış Onayı 3. Hastanın Tüm Tetkikleri	3 Gün
8	EPİKRİZ RAPORU	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Dilekçe	15 Dakika
9	AMELİYAT RAPORU	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Dilekçe	15 Dakika
10	HASTA HAKLARI BAŞVURUSU	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2.Başvuru Formu	15 Dakika
11	GÜNÜBİRLİK TEDAVİ KAPSAMINDA KÜÇÜK CERRAHİ MÜDAHALE	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hastanın Tüm Tetkikleri	5 Saat
12	EVDE BAKIM HİZMETLERİ	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik	1 Gün
13	SÜREKLİ İLAÇ KULLANIM RAPORU	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi 3.Tüm Tetkikler	6 Saat
14	MAMMOGRAFİ	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	3 Gün
15	BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT)	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	3 Gün
16	MANYETİK REZONANS (MR)	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	15 Gün
17	PATOLOJİK TETKİKLER	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	15 Gün
18	HORMON TETKİKLERİ	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	2 Gün
19	ENDOSKOPİ (GASTROSKOPİ+KOLONOSKOPİ)	1.T.C. Kimlik Numaralı Kimlik 2. Hekim İstemi	3 Gün

“Başvuru esnasında yukarıda belirtilen belgelerin dışında belge istenmesi, eksiksiz belge ile başvuru yapılmasına rağmen hizmetin belirtilen sürede tamamlanmaması veya yukarıdaki tabloda bazı hizmetlerin bulunmadığının tespiti durumunda ilk müracaat yerine ya da ikinci müracaat yerine başvurunuz.”

İlk Müracaat Yeri	**İkinci Müracaat Yeri**
Adı Soyadı: Uzm. Dr. Ad Soyad	**Adı Soyadı: Uzm. Dr.Ad Soyad**
Unvan: Başhekim	**Unvan: Başhekim Yrd.**
Adres: ..... Hastanesi	**Adres:: ..... Hastanesi**
Tel: 0123 456 78 90	**Tel: 0123 456 78 90**
Fax: 0236 588 44 48	**Fax: 0236 588 44 48**
e-Posta: eposta@com.tr	**e-Posta: eposta@com.tr**