

Ek : 1

T.C
..... VALİLİĞE
..... İl Sağlık Müdürlüğüne

Tarih : .. / .. /

Aşağıda belirtilen adreste Diş Protez
Laboratuvarı açmak istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Adı ve Soyadı
Mesul Müdür

(Çok Amaçlı Diş Protez Laboratuvarı ise, bünyesinde bulundurulacak laboratuvar türlerini lütfen kutu
içini işaretleyerek belirtiniz.)

- Metal Döküm Diş Protez Laboratuvarı
- Hareketli Diş Protez Laboratuvarı
- Sabit Diş Protez Laboratuvarı
- Ortodontik Amaçlı Diş Protez Laboratuvarı

ADRES:

EKLER :

Ek:2 (Değişik:RG-31/12/2011-28159)

T.C.
..... VALİLİĞİ
..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ÖZEL
... (Bu Kısım Laboratuvarın Adı Yazılacak) ... DİŞ PROTEZ LABORATUVARI
RUHSAT BELGESİ

.../.../...

No:

.....(Laboratuvar Sahibinin Adı Yazılacak-Şirket-Şahıs)... sahipliğinde(Bu Kısım Laboratuvarın Adresi Yazılacak)..... adresinde faaliyet göstermek isteyen(Bu Kısım Laboratuvarın Türü Yazılacak, Çok Amaçlı ise hangi türlerden oluştuğu da belirtilecek) Diş Protez Laboratuvarının tarihli ve sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği doğrultusunda ruhsatlandırılması uygun görülmüştür.

SAĞLIK
MÜDÜRÜ

VALİ

Ek:3

T.C
..... VALİLİĞİ
..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Belge No :

Tarih : ... / ... /

.....
DİŞ PROTEZ LABORATUVARI

MES'UL MÜDÜRLÜK BELGESİ

MES'UL MÜDÜRÜN

ADI ve SOYADI :
UNVANI :
BABA ADI :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :

MEZUN OLDUĞU OKUL :

<input type="checkbox"/> Dişhekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/> D.P.T.Yüksek okulu	<input type="checkbox"/> Sağlık Meslek Lisesi
--	--	--

Mezuniyet Tarihi :
Diploma No :

SAĞLIK BAKANLIĞI
DİŞ PROTEZ TEKNİSYENLİĞİ

MESLEK BELGESİNİN
Tescil Tarih / No :
Kütük Sayfa No :

GÖREV YAPACAĞI LABORATUVARIN

ADI :
ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan Diş Hekiminin/Diş Protez Teknisyeninin
..... Diş Protez Laboratuvarında Mes'ul Müdürlük görevini
yürütmesi İl Sağlık Müdürlüğüne uygun görülmüştür.

Bu belge / / gün ve sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe
giren Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenmiştir.

İmza ve Tarih

Ek:4 ⁽¹⁾ (Değişik:RG-31/12/2011-28159)

Belge

No:

Tarih:...../...../.....

.....
DİŞ PROTEZ LABORATUVARI
PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ

ADI, SOYADI :

UNVANI

GÖREVİ :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ / TARİHİ (Ay -gün) :

MEZUN OLDUĞU OKUL :

Dişhekimliği
Fakültesi

D.P.T.Yüksek
Okulu

Sağlık Meslek Lisesi

Mezuniyet Tarihi :

Diploma No :

SAĞLIK BAKANLIĞI

DİŞ PROTEZ TEKNİSYENLİĞİ

MESLEK BELGESİNİN

Tescil Tarih / No :

Kütük Sayfa No :

GÖREV YAPACAĞI LABORATUVARIN

ADI :

ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan Diş Hekiminin / Diş Protez Teknisyeninin /Yardımcı Personelin ⁽¹⁾..... Diş Protez Laboratuvarında mesleğini icra etmesi, İl Sağlık Müdürlüğüne uygun görülmüştür.

Bu belge /..... / tarihli ve sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenmiştir.

Düzenleyen
Mesul Müdür
İmza ve Tarih

Onaylayan
Sağlık Müdürlüğü
İmza ve Tarih

T.C
..... VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

.....
DİŞ PROTEZ LABORATUVARI
PROTOKOL DEFTERİ ONAY BELGESİ

LABORATUVARIN

ADI :
TÜRÜ :
RUHSAT NO :
ADRESİ :
TEL :

ONAYLANAN KAÇINCI DEFTER OLDUĞU :
PROTOKOL DEFTERİNİN KAÇ SAYFA OLDUĞU :

ONAYLAYAN YETKİLİNİN
ADI VE SOYADI
TARİH
MÜHÜR
İMZA

T.C
..... VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

.....
DİŞ PROTEZ LABORATUVARI
DENETİM DEFTERİ ONAY BELGESİ

LABORATUVARIN

ADI :
TÜRÜ :
RUHSAT NO :
ADRESİ :
TEL :

ONAYLANAN KAÇINCI DEFTER OLDUĞU :

PROTOKOL DEFTERİNİN KAÇ SAYFA OLDUĞU :

ONAYLAYAN YETKİLİNİN
ADI VE SOYADI
TARİH
MÜHÜR
İMZA

Laboratuvarın Adı :

Tarih : . . / . . / . . .

Türü :

Saat :

Adresi :

	Mevzuata Uygun	Mevzuata Uygun Değil	Noksanın Giderilmesi İçin Verilecek Süre	Noksanın Devamında Faaliyet Durdurma Süresi
Mevzuat ile Öngörülen Düzenleme				
1 Mesul Müdürlük Belgesi var mı?	Var	Yok	-	Süresiz
2 Mesul Müdür görevinin başında mı?	Evet	Hayır	-	2 Gün
3 Laboratuvarında çalışan tüm sağlık personelinin ve diğer personelin çalışma izni var mı? (görünür bir yerde asılı olacaktır)	Var	Yok	5 Gün	5 Gün
4 Çalışanlar yetkili olduğu işlerde mi çalışıyor?	Evet	Hayır	-	5 Gün
5 Laboratuvar birimlerine göre asgari cihaz, araç, gereç ve ürünler bulunduruyor mu?	Var	Yok	1 Ay	7 Gün
6 Kumlama cihazı çalışırken ortama kum yayılıyor mu?	Hayır	Evet	1 Ay	7 Gün
7 Masalarda bulunan vakum cihazı tozları (metal, porselen, akril gibi) yeterince çekiyor mu?	Evet	Hayır	1 Ay	7 Gün
8 Alçı, dublikasyon, modelasyon, döküm ve polisaj işleri esnasında ortama tehlikeli buhar ve dumanların yayılımının kontrollü olarak tahliyesi yapılıyor mu?	Evet	Hayır	1 Ay	7 Gün
9 Kullanılan metaller TS EN İSO 22674 sayılı Standarda uygun mu?	Evet	Hayır	1 Ay	7 Gün
10 Çalışan sayısınca maske ve eldiven bulunuyor mu?	Evet	Hayır	5 Gün	5 Gün
11 Maske ve eldivenler çalışırken kullanılıyor mu?	Evet	Hayır	5 Gün	5 Gün
12 Laboratuvar fiziki bölüm birim ve odaların nitelikleri mevzuata uygun mu?	Evet	Hayır	1 Ay	5 Gün
13 Laboratuvarın bünyesinde kuruluş hizmetleri ile bağdaşmayacak birim var mı?	Yok	Var	7 Gün	7 Gün
14 Laboratuvarın isim ve unvanının yazılı olduğu dış tabela faaliyet alanına uygun mu?	Evet	Hayır	1 Ay	5 Gün
15 Kuruluşta protokol defteri kayıtları düzenli tutuluyor mu?	Evet	Hayır	1 Ay	5 Gün
16 Denetim defteri var mı?	Var	Yok	5 gün	7 Gün
17 Laboratuvarında kıyafet düzenine uyuluyor mu?	Evet	Hayır	10 Gün	5 Gün
18 Laboratuvarın hijyenik koşulları sağlık hizmeti sunulmasına uygun mu?	Evet	Hayır	-	15 Gün
19 Laboratuvarında hekimiği klinik hizmetleri veriliyor mu veya bu hizmetlerde kullanılan tıbbi cihaz, araç ve gereç bulunduruluyor mu ?	Hayır	Evet	-	Ruhsat iptali
Genel Değerlendirme:				

Denetim Ekip Başkanı

Denetim Görevlisi

Denetim Görevlisi

Denetim Görevlisi

Mesul Müdür

Adı Soyadı
Görevi
İmzaAdı Soyadı
Görevi
İmzaAdı Soyadı
Görevi
İmzaAdı Soyadı
Görevi
İmzaAdı Soyadı
Görevi
İmza

NOT: Bu formda saptanan eksiklikleri Denetim Defterine yazınız. Aynı eksikliğin kapatma süresi sonunda da devamı halinde ruhsat iptal işlemi uygulanır.

**DİŞ PROTEZ LABORATUVARI RUHSAT BAŞVURU DOSYASI
İL DEĞERLENDİRME CETVELİ**

LABORATUVARIN

ADI :
TÜRÜ :
ADRESİ :

DİLEKÇE	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
YERLEŞİM PLANI	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
İTFAİYE BELGESİ	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
ARAÇ GEREÇ LİSTESİ	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK

MESUL MÜDÜRÜN

DİPLOMA VEYA MESLEK BELGESİ ÖRNEĞİ (Sağlık Müdürlüğünce Aslı Görüldü Onaylı)	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
SAĞLIK RAPORU	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
4 ADET RENKLİ VESİKALIK RESİM (Mesul Müdürlük Belgesi İçin)	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
AĞIR VE TEHLİKELİ İŞLERDE ÇALIŞACAKLARA AİT İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
BÜYÜK BOY AKCİĞER FİMLERİ	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK

DİŞ PROTEZ HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN DİĞER PERSONEL

DİPLOMA VEYA MESLEK BELGESİ ÖRNEĞİ (Sağlık Müdürlüğünce Aslı Görüldü Onaylı)	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
SAĞLIK RAPORU	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
4 ADET RENKLİ VESİKALIK RESİM (Personel Çalışma Belgesi İçin)	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
AĞIR VE TEHLİKELİ İŞLERDE ÇALIŞACAKLARA AİT İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
BÜYÜK BOY AKCİĞER FİMLERİ	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK

İNCELENDİ İNCELENDİ İNCELENDİ İNCELENDİ İNCELENDİ
İsim İsim İsim İsim İsim
İmza İmza İmza İmza İmza

NOT: İl denetim ekibince, başvuru dosyasında bulunması gereken yukarıda yazılı belgelerin eksiksiz tanzim edildiğine dair bu belge imzalanır

**DİŞ PROTEZ LABORATUVARINDA KULLANILACAK
TABELA ÖRNEĞİ**

.....*

ÖZEL** DİŞ PROTEZ LABORATUVARI

Tel:***

- * : DİŞ Protez Laboratuvarının Adı
- ** : DİŞ Protez Laboratuvarının Türü
- *** : DİŞ Protez Laboratuvarının Telefonu

T.C.
..... VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Diş Protez Laboratuvarı Çalışanları Değerlendirme Formu

Formun Kullanımı: Denetim ekibince çalışan her personel için bir form doldurulacaktır. Çalışanların yeni çekilmiş, doz ve çekim hatası olmayan, standart boyutlu PA akciğer filmleri, Yönetmelik Ek 4 fotokopisi forma eklenerek mesul müdür tarafından katlanmadan, uygun muhafazalarla denetim ekibine teslim edilir. Müdürlükçe İlgili Meslek Hastalıkları Hastanesine gönderilmesi sağlanır.

İşyerinin unvanı :
Çalışanın Adı Soyadı :
Sigorta Sicil Numarası :↑
T.C. Kimlik Numarası :↑

Solunum Sistemi Yakınmaları: (Sürekli var olan yakınmalar tanımlanır.)

Yakınma	Var	Süre	Açıklama
Öksürük			
Balgam			
Nefes Darlığı			
.....			
.....			

Sigara Öyküsü: İçiyor↑ İçmiyor↑ Bırakmış↑
Kaç yıllık sigara içicisi: (Sigarayı bırakmış olsa da doldurulur) yıl
Günde ortalama kaç paket sigara içmiş:paket
Sigarayı bırakmışsa kaç yıldır sigarayı bırakmış: yıl
Diş Protez Teknisyeni olarak çalışma süresi: yıl
Diş Protez Laboratuvarlarında Aşağıdaki İş-Bölümlerde çalışma süresi:

Modelasyon Bölümü (hareketli/sabit)	.....	Yıl
Tesviye ve Polisaj Bölümü (Kumlama makinesi, tesviye motoru, polisaj motoru vb kullanımı)	.....	Yıl
Alçı ve Rövetman Bölümü	.....	Yıl
Döküm Bölümü	.....	Yıl

Son çalıştığı 3 laboratuvar ve yaptığı iş (Polisaj, döküm, tesviye gibi net ifadeler kullanılır)

İşyerinin adı	Yaptığı İş	Çalışma Süresi
		.....yıl
		.....yıl
		.....yıl

Denetim Tarihi:...../...../ ...

Denetimi yapan yetkilinin Adı Soyadı İmzası