|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền của Sở Y tế** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Văn bản công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe theo Mẫu 01 Phụ lục X ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP; | x |  |
| 2. Bản sao hợp lệ giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở; |  | x |
| 3. Danh sách người tham gia khám sức khỏe theo Mẫu 02 Phụ lục X ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP; | x |  |
| 4. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu 02 Phụ lục XI ban hành kèm theo Nghị định 109/2016/NĐ-CP; | x |  |
| 5. Bản sao hợp lệ danh mục chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; |  | x |
| 6. Bản sao hợp lệ hợp đồng hỗ trợ chuyên môn của bệnh viện (nếu có). |  | x |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. | | |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** | | |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội;  - Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội . Điện thoại: 0243.7343622;  - Cách 3: Nộp hồ sơ trực tuyến tại Cổng dịch vụ công trực tuyến thành phố Hà Nội (dichvucong.hanoi.gov.vn);  Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Sở Y tế Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. | | |
| **5** | **Lệ phí** | | |
|  | Không | | |

**Phụ lục 10 Mẫu 01**

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[1]](#footnote-1)..........  ...........[[2]](#footnote-2)..........  Số: /VBCB-....[[3]](#footnote-3)..... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *........[[4]](#footnote-4)....., ngày...... tháng.....năm 20......* |

**VĂN BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe**

Kính gửi: ...............................................[[5]](#footnote-5).....................................................

Tên cơ sở nộp hồ sơ:..........................................................

Địa điểm: ...........................................[[6]](#footnote-6)

Điện thoại: Email (nếu có):

Công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe và gửi kèm theo văn bản này 01 bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau đây: [[7]](#footnote-7)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Bản sao hợp lệ Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |  |
| 2. | Danh sách người tham gia khám sức khỏe |  |
| 3. | Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |  |
| 4. | Báo cáo về phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở KSK |  |
| 5. | Các hợp đồng hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật hợp pháp đối với trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 11 Thông tư này. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC**  *(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

**Phụ lục 10 Mẫu 02**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**DANH SÁCH NGƯỜI THỰC HIỆN KHÁM SỨC KHỎE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Tên cơ sở khám sức khỏe:

2. Địa chỉ:

3. Thời gian hoạt động của cơ sở khám sức khỏe: [[8]](#footnote-8)

4. Danh sách người thực hiện khám sức khỏe:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề** | **Phạm vi**  **hoạt động chuyên môn** | **Vị trí chuyên môn[[9]](#footnote-9)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……[[10]](#footnote-10)…, ngày…… tháng ….. năm…..*  **Người chịu trách nhiệm chuyên môn**  **kỹ thuật của cơ sở khám sức khỏe** (Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên) |

**Phụ lục 11 Mẫu 02**

**BẢN KÊ KHAI CƠ SỞ VẬT CHẤT, THIẾT BỊ Y TẾ, TỔ CHỨC VÀ NHÂN SỰ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**I. THÔNG TIN CHUNG:**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:

Điện thoại: ……… Số Fax: ………………..Email:………………..............

3. Quy mô: ….. giường bệnh

**II. TỔ CHỨC:**

1. Hình thức tổ chức[[11]](#footnote-11):

2. Cơ cấu tổ chức[[12]](#footnote-12):

**III. NHÂN SỰ:**

1. Danh sách trưởng khoa, phụ trách phòng, bộ phận chuyên môn:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Tên khoa, phòng, bộ phận chuyên môn** | **Vị trí, chức danh được bổ nhiệm** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

2. Danh sách người hành nghề:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Vị trí  chuyên môn** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

3. Danh sách người làm việc:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Văn bằng chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Vị trí làm việc[[13]](#footnote-13)** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**IV. THIẾT BỊ Y TẾ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu**  **(MODEL)** | **Hãng sản xuất** | **Xuất xứ** | **Năm sản xuất** | **Số lượng** | **Tình trạng sử dụng (%)** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**V. CƠ SỞ VẬT CHẤT:**

1. Tổng diện tích mặt bằng:

2. Tổng diện tích xây dựng:………………….diện tích ……m2/giường bệnh

3. Kết cấu xây dựng nhà:

4. Diện tích xây dựng trung bình cho 01 giường bệnh (đối với bệnh viện):

5. Diện tích các khoa, phòng, buồng kỹ thuật chuyên môn, xét nghiệm, buồng bệnh:

6. Bố trí các khoa/chuyên khoa, phòng (liệt kê cụ thể):

7. Các điều kiện vệ sinh môi trường:

a) Xử lý nước thải:

b) Xử lý rác y tế, rác sinh hoạt:

8. An toàn bức xạ:

9. Hệ thống phụ trợ:

a) Phòng cháy chữa cháy:

b) Khí y tế:

c) Máy phát điện:

d) Thông tin liên lạc:

10. Cơ sở vật chất khác (nếu có):

**GIÁM ĐỐC**

*(Ký, đóng dấu, ghi rõ họ tên)*

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-2)
3. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-3)
4. Địa danh. [↑](#footnote-ref-4)
5. Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ quy định tại Khoản 4 Điều 45 Nghị định số ……/2016/NĐ-CP ngày….. tháng…… năm 2016 [↑](#footnote-ref-5)
6. Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-6)
7. Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm. [↑](#footnote-ref-9)
10. Địa danh. [↑](#footnote-ref-10)
11. Ghi cụ thể tên hình thức tổ chức theo quy định tại Điều 22 Nghị định số ……/2016/NĐ-CP ngày….. tháng…… năm 2016 [↑](#footnote-ref-11)
12. Ghi rõ tên các khoa (khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng), phòng, bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh,   
    chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ghi cụ thể chức danh, vị trí làm việc được phân công đảm nhiệm. [↑](#footnote-ref-13)