|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Công bố cơ sở đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe lái xe thuộc thẩm quyền Sở Y tế** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Văn bản công bố đủ điều kiện thực hiện KSK theo mẫu quy định tại Phụ lục 5 ban hành kèm theo Thông tư 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013; | x |  |
| 2. Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở (bản sao có công chứng); |  | x |
| 3. Danh sách người tham gia KSK theo mẫu quy định tại Phụ lục 6 ban hành kèm theo Thông tư 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 (được đóng dấu từng trang hoặc giáp lai); | x |  |
| 4. Bản Danh mục cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế quy định tại Phụ lục 4 ban hành kèm theo Thông tư 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013; | x |  |
| 5. Báo cáo về phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám sức khỏe; | x |  |
| 6. Bản sao có chứng thực hợp đồng hỗ trợ chuyên môn đối với trường hợp quy định tại khoản 3, Điều 11 Thông tư 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 (nếu có); |  | x |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 10 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 5**

**MẪU VĂN BẢN CÔNG BỐ ĐỦ ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN KHÁM SỨC KHỎE**

*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[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 ......* |

**VĂN BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện 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 bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Bản sao có chứng thực Giấy phép hoạt động của cơ sở |  |
| 2. | Danh sách người tham gia khám sức khỏe |  |
| 3. | Danh mục trang thiết bị, cơ sở vật chất |  |
| 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 6**

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

*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[7]](#footnote-7)..........  ...........[[8]](#footnote-8)..........  Số: /.............. | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *......[[9]](#footnote-9)......., ngày......tháng.......năm ......* |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên** | **Bằng cấp chuyên môn** | **Số chứng chỉ hành nghề** | **Vị trí chuyên môn** | **Thời gian khám bệnh, chữa bệnh** |
|  | .................[[10]](#footnote-10)............ | .........[[11]](#footnote-11)........ | ......[[12]](#footnote-12)........... | .......[[13]](#footnote-13).......... | ........[[14]](#footnote-14)......... |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| .... .... |  |  |  |  |  |

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

**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[[15]](#footnote-15):

2. Cơ cấu tổ chức[[16]](#footnote-16):

**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[[17]](#footnote-17)** |
| 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 3 Điều 12 Thông tư này [↑](#footnote-ref-5)
6. Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-6)
7. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-7)
8. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-8)
9. Địa danh [↑](#footnote-ref-9)
10. Ghi đầy đủ họ và tên của người thực hiện khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-10)
11. Ghi rõ bằng cấp chuyên môn của người thực hiện khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-11)
12. Ghi số, ký hiệu của chứng chỉ hành nghề mà người thực hiện khám sức khỏe đã được cấp [↑](#footnote-ref-12)
13. Ghi rõ vị trí chuyên môn mà người thực hiện khám sức khỏe được giao phụ trách. Ví dụ: Người thực hiện khám lâm sàng hoặc người xác nhận kết quả xét nghiệm hoặc người đọc và kết luận phim chụp X-quang hoặc người kết luận [↑](#footnote-ref-13)
14. Ghi rõ số năm mà người thực hiện khám sức khỏe đã thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-14)
15. 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-15)
16. 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-16)
17. Ghi cụ thể chức danh, vị trí làm việc được phân công đảm nhiệm. [↑](#footnote-ref-17)