DİYALİZ MERKEZLERİ BİLGİ FORMU

İLİ:ANTALYA **TARİH:**
İLÇESİ:
HEMODİYALİZ MERKEZİNİN ADI:
RUHSAT TARİHİ:
MERKEZİN CİHAZ KAPASİTESİ:

NEFROLOJİ UZMANI			
Adı soyadı	Diploma No	İşe başlama tarihi	Çalışma şekli

HEMODİYALİZ SERTİFİKALI UZMAN TABİP			
Adı soyadı	Sertifika No.	İşe başlama tarihi	Çalışma şekli

UZMANLIK HİZMETİ DIŞARIDAN ALINMIŞSA		
Kurumun adı	Sözleşme/Protokol tarihi	Sözleşme/Protokol süresi

HEMODİYALİZ SERTİFİKALI TABİPLER				
Adı soyadı	Sertifika No.	İşe başlama tarihi	Eğitim aldığı kurum	Çalışma şekli

HEMODİYALİZ SERTİFİKALI HEMŞİRE / DİYALİZ TEKNİKERİ			
Adı soyadı	Sertifika No./ Diploma No.	İşe başlama tarihi	Eğitim aldığı kurum

TEKNİSYEN VEYA / DİYALİZ TEKNİKERİ			
Adı soyadı	Sertifika No./ Diploma No.	İşe başlama tarihi	Eğitim aldığı kurum

PSİKOLOG VE DİYETİSYEN		
Adı soyadı	Görevi	İşe Başlama Tarihi

TEKNİSYENLİK HİZMETİ DIŞARDAN ALINMIŞSA		
Kurumun adı	Sözleşme tarihi	Sözleşme süresi

DİĞER PERSONEL			
Adı soyadı	Görevi	İşe başlama tarihi	Sözleşme süresi

FORMU DÜZENLEYENLER

SERTİFİKALI HEKİM: **UZMAN HEKİM:** **BAŞHEKİM:**

Adı Soyadı: **Adı Soyadı:** **Adı Soyadı:**

İmza: **İmza:** **İmza:**