**Prijavni obrazac poliklinike za uspostavu sistema standarda kvaliteta (certifikacija)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opći podaci o zdravstvenoj ustanovi** | |
| **Naziv zdravstvene ustanove:**  (Izvod iz sudskog registra) |  |
| Mjesto i adresa sjedišta ustanove: |  |
| ID broj: |  |
| PDV broj: |  |
| Odgovorna osoba: |  |
| Kontakt telefon i fax: |  |
| E-mail: |  |
| Web adresa: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Koordinator za sigurnost i kvalitet: |  |
| Kontakt telefon: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ukupan broj zaposlenika u zdravstvenoj ustanovi: |  |
| Ukupan broj zaposlenika u upravi i administraciji (nespecijalistički zaposlenici) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Naziv organizacione jedinice:** |  | | |
| **Djelatnosti koje se pružaju u organizacionoj jedinici** | | **Usluga se pruža?** | **Broj zaposlenika** |
| Porodična medicina | | Da / Ne |  |
| Pedijatrija | | Da / Ne |  |
| Ginekologija | | Da / Ne |  |
| Stomatologija | | Da / Ne |  |
| Hirurgija | | Da / Ne |  |
| Anestezija i intenzivna njega | | Da / Ne |  |
| Transfuzija | | Da / Ne |  |
| Ortopedija | | Da / Ne |  |
| Traumatologija | | Da / Ne |  |
| Fizikalna medicina i rehabilitacija | | Da / Ne |  |
| ORL | | Da / Ne |  |
| Oftalmologija | | Da / Ne |  |
| Urologija | | Da / Ne |  |
| Gastroenterologija | | Da / Ne |  |
| Kardiologija | | Da / Ne |  |
| Pulmologija | | Da / Ne |  |
| Psihijatrija | | Da / Ne |  |
| Neurologija | | Da / Ne |  |
| Dermatologija | | Da / Ne |  |
| Palijativna kućna njega | | Da / Ne |  |
| Dispanzeri i savjetovalište za zaštitu majke i djeteta | | Da / Ne |  |
| Imunizacija | | Da / Ne |  |
| Laboratorijska dijagnostika | | Da / Ne |  |
| Apoteka | | Da / Ne |  |
| Druge specijalističko-konsultativne djelatnosti (navesti specijalističke djelatnosti kojima se zdravstvena ustanova bavi): | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |

***Napomena:*** Ukoliko zdravstvena ustanova u svom sastavu ima više organizacionih jedinica, na različitim lokacijama, molimo da obrazac popunite za svaku organizacionu jedinicu.

Datum aplikacije: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. godine

Za tačnost podataka odgovara osoba koja je popunjavala obrazac.

M.P.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis

*Popunjen obrazac dostaviti na poštansku adresu:*

*Bulevar Ivice Osima br. 9*

*71000 Sarajevo*

*Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH (AKAZ)*

*Ili na e-mail:* [*certifikacija@akaz.ba*](mailto:certifikacija@akaz.ba?subject=Prijava) *ili na broj faxa: 033/771-880*

*Više informacija možete da dobijete na telefon: 033/771–874; 033/771-875*