**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* *ili na broj faxa: 033/771-880*

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