

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 6

RAPORTUL DE EVALUARE PENTRU REAVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Nr. _____ din _____

Încheiat de către subsemnații: _____ - în calitate de membru al Comisiei Județene de Avizare al Cabinetelor de Practică Independentă Filiala _____ și _____ de profesie _____, în calitate de reprezentant ai OAMGMAMR Filiala _____ numit prin Decizia nr. _____, cu ocazia evaluării activității desfășurate în perioada _____ a
CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE
_____, al titularului
_____, situat în
(adresa) _____.

Indicatori verificați	DA	Parțial îndeplinit	NU	Valoare numerică	OBSERVAȚII
Serviciile medicale furnizate sunt în concordanță cu serviciile medicale avizate (Da/Nu/Nu este cazul)					
Existenta documentației privind evidența activității de îngrijire (conform Anexei 3 Ord. MS 1454/2014) (Da/Nu/Nu este cazul)					
Nr. servicii de îngrijire efectuate în perioada evaluată (valoare numerică)					
Nr. reclamații sau sesizari cu privire la activitatea Cabinetului (valoare numerică)					
Personalul medical angajat / colaborator (altul decat cel avizat) (Da/Nu/Nu este cazul)					

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

Propuneri pentru remedierea deficiențelor/ Observații:

Față de cele de mai sus, considerăm activitatea cabinetului ca fiind conformă / neconformă

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)