

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU MÜRACAAT FORMU
Laboratuvar, Görüntüleme Merkezi, Poliklinik, FTR Merkezi

ERGO

Kurum Adı			
Ticari Ünvanı			
Ticaret Sicil No			
Telefon			
Faks			
Adres			
İlçe / İl			
E-Mail			
Web Site			

Kuruluşunuzda otopark var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kuruluşunuzda anlaşmalı kurumlar için ayrı departman var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kuruluşunuzda medikal muhasebe departmanı ayrı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

KURUM YETKİLİLERİ	ADI-SOYADI	TELEFON	E-MAIL
Mesul Müdür			
Anlaşmalı Kurumlar Yetkilisi			

Personel Bilgileri			
Kadrolu Hekim Sayısı	Hemşire Sayısı
Diğer Sağlık Personeli Sayısı	Diğer Personel Sayısı

Anlaşmalı olduğunuz diğer kurumlar	
1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

Diğer belirtmek istedikleriniz

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU MÜRACAAT FORMU

Laboratuvar, Görüntüleme Merkezi, Poliklinik, FTR Merkezi

ERGO**Lütfen kuruluşunuzda verilen hizmetleri açıklayınız, kullanılan cihazları belirtiniz.**

	<input type="checkbox"/>	Cihazın markası/modeli/yaşı
Biokimya	<input type="checkbox"/>	-
Radyoloji	<input type="checkbox"/>	-
Patoloji	<input type="checkbox"/>	-
Mikrobiyoloji	<input type="checkbox"/>	-
Nükleer Tıp	<input type="checkbox"/>	-
Kemik Dansitometresi	<input type="checkbox"/>	-
Direkt-/Kontrastlı İncelemeler	<input type="checkbox"/>	-
Digital Röntgen	<input type="checkbox"/>	-
USG	<input type="checkbox"/>	-
Girişimsel Radyoloji	<input type="checkbox"/>	-
Mammografi	<input type="checkbox"/>	-
Renkli Doppler USG	<input type="checkbox"/>	-
Bilgisayarlı Tomografi	<input type="checkbox"/>	-
MR	<input type="checkbox"/>	-
Bronkoskopi	<input type="checkbox"/>	-
Kolonoskopi	<input type="checkbox"/>	-
Gastroskopi	<input type="checkbox"/>	-
ERCP	<input type="checkbox"/>	-
Holter	<input type="checkbox"/>	-
Eforlu EKG	<input type="checkbox"/>	-
EKO	<input type="checkbox"/>	-
EKG	<input type="checkbox"/>	-
EMG	<input type="checkbox"/>	-
EEG	<input type="checkbox"/>	-
Sistoskopi	<input type="checkbox"/>	-
ESWL	<input type="checkbox"/>	-
Ürolojik Tetkikler	<input type="checkbox"/>	-
Amniosentez	<input type="checkbox"/>	-
Allerji Testleri	<input type="checkbox"/>	-
Odyolojik Testler	<input type="checkbox"/>	-
Fizik Tedavi	<input type="checkbox"/>	-
Diğer	<input type="checkbox"/>	-

FORMU DOLDURANIN

ADI SOYADI:

TARİH:

UNVANI:

İMZA :