

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU MÜRACAAT FORMU
Hastane ve Tıp Merkezleri

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
Başhekim			
Anlaşmalı Kurumlar Sorumlusu			
Muhasebe Müdürü			
Poliklinik Yetkilisi			

AMELİYATHANE SAYISI	
Büyük Ameliyathane	
Küçük Ameliyathane	
Doğumhane	

YATAK SAYISI	
YOĞUNBAKIM YATAK SAYISI	
Koroner	Cerrahi
Genel	Yenidoğan
Diğer	

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

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU MÜRACAAT FORMU
Hastane ve Tıp Merkezleri

ERGO

Lütfen kuruluşunuzda verilen hizmetleri açıklayınız, kullanılan cihazları belirtiniz.

		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"/>	-
Dijital 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"/>	-

Diğer belirtmek istedikleriniz

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU MÜRACAAT FORMU
Hastane ve Tıp Merkezleri

ERGO

BRANŞLAR ve ÇALIŞAN HEKİM SAYISI

	TAM GÜN	PART TIME	NÖBETÇİ
İç Hastalıkları	[...]	[...]	[...]
Kardiyoloji	[...]	[...]	[...]
Gastroenteroloji	[...]	[...]	[...]
Nefroloji	[...]	[...]	[...]
Romatoloji	[...]	[...]	[...]
Göğüs Hastalıkları	[...]	[...]	[...]
Nöroloji	[...]	[...]	[...]
Psikiyatri	[...]	[...]	[...]
Dermatoloji	[...]	[...]	[...]
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	[...]	[...]	[...]
Çocuk Cerrahisi	[...]	[...]	[...]
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	[...]	[...]	[...]
Genel Cerrahi	[...]	[...]	[...]
Kadın Hastalıkları ve Doğum	[...]	[...]	[...]
Göz Hastalıkları	[...]	[...]	[...]
Kulak Burun Boğaz	[...]	[...]	[...]
Üroloji	[...]	[...]	[...]
Plastik Cerrahi	[...]	[...]	[...]
Kalp Damar Cerrahisi	[...]	[...]	[...]
Nöroşirürji	[...]	[...]	[...]
Ortopedi ve Travmatoloji	[...]	[...]	[...]
Radyoloji	[...]	[...]	[...]
Nükleer Tıp	[...]	[...]	[...]
Biokimya	[...]	[...]	[...]
Mikrobiyoloji	[...]	[...]	[...]
Patoloji	[...]	[...]	[...]
Aile Hekimliği	[...]	[...]	[...]
Pratisyen Hekim	[...]	[...]	[...]
Diğer	[...]	[...]	[...]
.....	[...]	[...]	[...]
.....	[...]	[...]	[...]
.....	[...]	[...]	[...]

FORMU DOLDURANIN

ADI SOYADI:

TARİH:

UNVANI:

İMZA :