



بنام خدا

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مراغه (معاونت درمان)

(فرم بازدید و بازرسی از دفتر روانشناسان مجاز شهرستان مراغه)

در تاریخ..... ساعت..... روز..... از دفتر آقای..... با مدرک تحصیلی.....
به آدرس..... شماره پروانه..... تاریخ تاسیس..... بازدید بعمل آمد.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ۱- آیا پروانه در محل نصب شده است؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۲- آیا پروانه تاریخ اعتبار دارد؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۳- آیا تعرفه ابلاغی در دید مراجعین نصب شده است؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۴- آیا تعرفه های قانونی رعایت می شود؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۵- آیا برای بیماران پرونده و سابقه مراجعات تشکیل می گردد؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۶- آیا روانشناس نسخه نویسی برای بیمار دارد؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۷- آیا روانشناس دخالت در امور روانپزشکی دارد؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۸- آیا مساحت و فضای فیزیکی دفتر مناسب با استاندارد می باشد؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۹- آیا تابلو، سربرگ و مهر با آیین نامه وزارت بهداشت، درمان و سازمان نظام پزشکی مطابقت دارد؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |
| ۱۰- آیا دفتر دارای تست های روانشناسی می باشد؟ | ☐ بلی | ☐ خیر |

توصیه می شود :

روانشناس

کارشناس نظارت بر درمان

کلوشناس نظارت بر درمان