

טופס הסכמה והצהרה לשמש מ"מ רופא אחראי במרפאות שיניים של תאגיד

אני, ד"ר _____ ת"ז _____
כתובת _____ ישוב _____ מיקוד _____ טלפון _____
בעל רשיון לעסוק ברפואת שיניים בישראל מס' _____ מתאריך _____
בעל תואר מומחה ב _____ מתאריך _____ מס' רשיון מומחה _____
מסכים לשמש ממלא מקום רופא אחראי במרפאת שיניים
כתובת _____ ישוב _____ מיקוד _____

* יש לצרף תצלום רשיון לעסוק בריפוי שיניים.

** למרפאה מעל 4 עמדות טיפול יש לצרף תצלום תעודת מומחה, או תצלום תואר במינהל רפואי.

בחידוש הרשיון: אני מצהיר שאני מכהן כמ"מ רופא אחראי במרפאה זו החל מיום _____
אני מצהיר בזאת כי:

- קראתי והבנתי את נהלי האגף לבריאות השן במשרד הבריאות לגבי ניהול מרפאות שיניים.
- בשטח מרפאת השיניים שבניהולי אין מעבדת שיניים/מכון רנטגן.
- אני מודע לכך כי אחריותי כוללת, בין השאר:
 - עבודה תקינה וסדירה של המרפאה, לרבות עבודת רופא/י שיניים אחראי/ים ממלא/י מקום, ועבודת הסגל הרפואי והפרא-רפואי, בהתאם לתקנות וחוזרי משרד הבריאות.
 - קיומו של ציוד רפואי ומשקי מתאים ותקין, לרבות תוקף תפוגה של תרופות וחומרים.
 - הקפדה על הנחיות משרד הבריאות למניעת זיהומים.
 - נוכחותי האישית במרפאה (או וידוא נוכחות רופא אחראי או מ"מ מאושר אחר) בכל עת שהמרפאה פתוחה.
 - ניהול תקין וכחוק של הרישומים הרפואיים, ושמירת הרשומות.

ידוע לי כי הרשיון ניתן למרפאה בכפוף לאישור שינתן לי כרופא אחראי במרפאה, והריני מתחייב להודיע מראש לרופא השיניים המחוזי על הפסקת עבודתי במרפאה.

שם הרופא: _____ תאריך: _____
חתימה: _____ חותמת: _____

*** לרופא החייב בהשלמת לימודים ***

הנני מתחייב להשלים את לימודי לתואר במינהל רפואי תוך הזמן שהוקצב לי בהתאם למפורט במכתב הלוואי לרשיון מטעם משרד הבריאות.

חתימה: _____ חותמת: _____

דר' _____ מס' רשיון: _____ ר/ת: _____

אושר כממלא מקום רופא אחראי/ לא אושר בתאריך: _____

מנהל האגף לבריאות השן

תפוצה: לשכת הבריאות המחוזית
מנהל האגף לרישוי מוסדות רפואה
מקצועות רפואיים