

**טופס הסכמה והצהרה לשמש 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 רופא אחראי במרפאות 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 כרופא שיניים 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/ שיניים אחראים/ ממלאי 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 מ"מ מאושר) 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: \_\_\_\_\_ מס' רשיון מומחה: \_\_\_\_\_  
שם הרופא

אושר כרופא אחראי/ לא אושר בתאריך: \_\_\_\_\_ ר/ת: \_\_\_\_\_