

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
موضوع: تفویض اختیار صدور مجوزهای فعالیت محدود در مطب

سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص) و تقدیم احترام، در راستای سیاست تمرکز زدایی و در جهت تسهیل امور، بدینوسیله صدور مجوزهای فعالیت محدود در مطب به آن دانشگاه تفویض می گردد، خواهشمند است دستور فرمایید کلیه امور مربوط به صدور مجوز فعالیت محدود حرف وابسته پزشکی شامل، ارزیابی شنوایی، گفتار درمانی، کار درمانی، فیزیوتراپی مطابق با فرم نمونه پیوست به شرح ذیل صورت پذیرد:

- ۱- مجوز فعالیت محدود در مطب صرفاً جهت آن دسته از متقاضیانی که فاقد سابقه کار لازم جهت تأسیس مؤسسه / دفتر کار مستقل می باشند جهت کسب سابقه مورد نیاز قید شده در آیین نامه مربوطه، صادر می گردد.
- ۲- صدور این مجوز به دو صورت میباشد: مجوز فعالیت محدود در مطب پزشکان متخصص و مجوز فعالیت محدود در مراکز درمانی (بیمارستان- درمانگاه- دفاتر کار و مؤسسات متناظر)
- ۳- متقاضیان رشته های مذکور می توانند تحت نظارت و همکاری پزشکان ذیل فعالیت نمایند:

الف - گفتار درمانی:

متخصص رشته های گوش و حلق و بینی، اطفال، داخلی مغز و اعصاب، روانپزشکی، جراحی اعصاب و جراحی اطفال، کارشناس گفتار درمانی

ب - کار درمانی:

متخصص رشته های داخلی مغز و اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، طب فیزیکی و توانبخشی، اطفال، جراحی اطفال و در خصوص کارشناسان ارشد کار درمانی با گرایش روانی متخصص روانپزشکی، کارشناس کار درمانی

ج - ارزیابی شنوایی:

متخصص گوش و حلق و بینی و اطفال، کارشناس شنوایی

د - فیزیوتراپی:

متخصص رشته های داخلی مغز و اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، طب فیزیکی و توانبخشی، جراحی عمومی، روماتولوژی، کارشناس فیزیوتراپی

- ۴- مدارک لازم جهت اخذ مجوز فعالیت محدود:

الف: مدارک پزشک / کارشناس ناظر:

- ۱- اصل و تصویر پروانه مطب معتبر / دفتر کار / مؤسسه
- ۲- اعلام کتبی همکاری پزشک / کارشناس با قید نام متقاضی و ساعات فعالیت
- ۳- گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از نظام پزشکی

ب: مدارک کارشناس متقاضی :

- ۱- اصل و کپی کارت نظام پزشکی
- ۲- اصل و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی
- ۳- اصل و تصویر دانشنامه تحصیلی (در صورت عدم داشتن دانشنامه ارائه گواهی موقت تحصیلی الزامی می باشد)
- ۴- اصل و تصویر گواهی پایان خدمت یا معافیت از طرح نیروی انسانی
- ۵- اصل و تصویر گواهی تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان

تبصره : در خصوص دانش آموختگان خارج از کشور و دانشگاه آزاد اسلامی ارائه گواهی تسویه حساب صندوق رفاه لازم نمی باشد.

- ۶- گواهی عدم سوء پیشینه کیفری
- ۷- ارائه درخواست مبنی بر تقاضای فعالیت محدود در مطب به امضا کارشناس و متخصص مربوطه
- ۸- تأییدیه معاونت درمان آن دانشگاه مبنی بر تأیید عملکرد ، فضا ، تجهیزات و بهداشت

تذکر - ۱: در خصوص فعالیت در مراکز درمانی (بیمارستان - درمانگاه) ارائه اصل و تصویر پروانه تأسیس معتبر مؤسسه به شرط دارا بودن بخش مربوطه الزامی می باشد.

تذکر - ۲: در صورت عدم وجود بخش مربوطه در مرکز درمانی ، لازم است در ابتدا جهت افزایش بخش و درج آن در پروانه تأسیس مرکز از طریق معاونت درمان آن دانشگاه مطابق ضوابط و مقررات اقدام و سپس درخواست صدور مجوز فعالیت محدود در مراکز درمانی گردد.

تذکر - ۳: یک نسخه از مجوز صادره به سازمان نظام پزشکی استان ارسال گردد.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

رونوشت :

جناب آقای دکتر شهاب الدین صدر رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی
معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی



شماره
تاریخ
پیوست

معاونت درمان

جناب آقای / سرکار خانم کارشناس
به شماره نظام

سلام علیکم

در پاسخ به درخواست شما در خصوص تقاضای مجوز فعالیت محدود در مطب ، به جنابعالی اجازه داده می شود در

مطب /دفتر کار /مؤسسه آقای /خانم متخصص /کارشناس

به شماره نظام دارای پروانه مطب معتبر /دفتر کار /مؤسسه در شهر

با رعایت شرایط ذیل فعالیت نمایید.

۱- واحد و مطب / دفتر کار / مؤسسه در یک محل و ساختمان متمرکز باشد.

۲- خدمات در ساعات فعالیت مطب /دفتر کار / مؤسسه ارائه گردد.

۳- از تابلو و سر نسخه جداگانه استفاده نگردد.

۴- بیماران تحت نظارت پزشک / کارشناس ناظر پذیرش و درمان گردند.

۵- رعایت ضوابط و مقررات از جمله استفاده از نیروی انسانی واجد شرایط ، تجهیزات تخصصی کافی - فضای درمانی لازم

- نکات بهداشتی و ... تحت نظارت دانشگاه

۶- بررسی عملکرد جهت تمدید الزامیست.

در صورت رعایت مراتب فوق انعقاد قرارداد همکاری با بیمه های درمانی بلامانع می باشد.

اعتبار این مجوز از تاریخ صدور به مدت یکسال می باشد.

دکتر

معاون درمان

رونوشت : سازمان نظام پزشکی استان