

OBEZİTE MERKEZİ AÇMA BAŞVURU FORMU

Başvuru Tarihi	
Sağlık Tesisinin Adı	
Adresi	
Merkezin Adresi (Merkez farklı bir adreste ise)	

Yukarıda adı ve adresi belirtilen sağlık tesisi bünyesinde obezite merkezi açmak istiyoruz. Faaliyet izin işlemlerinin başlatılması için gereğini arz ederim.

...../...../.....
Adı Soyadı/Unvanı
İmza

OBEZİTE MERKEZİ
İLK GÖRÜŞME RANDEVULARI BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Hastamız

Obezite merkezimize yaptığınız başvuru ile birlikte tedavi süreciniz başlamıştır.

Tedavi sürecindeki ilk adım ilgili tabip, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapistlerle yapacağınız mülâkatlardır. Bu mülâkatların sağlıklı şekilde yapılabilmesi için size aşağıda belirtilen tarih ve saatlerde randevu düzenlenmiştir.

Tabip için	Tarih: / /	Saat:
Diyetisyen için	Tarih: / /	Saat:
Psikolog için	Tarih: / /	Saat:
Fizyoterapist için	Tarih: / /	Saat:

Lütfen bu randevu tarih ve saatte merkezimizde hazır bulunun.

Eğer randevu tarih ve saatinde merkezimizde **olamayacaksınız** mazeretinizi,

.....@.....e-posta adresine veya

0(.....).....-.....-..... numaralı telefondan merkezimize iletebilirsiniz.

Yeni bir hayata başlamak üzere yaptığınız bu girişimden dolayı sizi şimdiden kutluyoruz. Zayıflamak belki zor ama kesinlikle imkânsız değildir. Zorluklarla mücadelenizde ise, obezite merkezimiz hep yanınızda olacaktır.

Tekrar görüşmek dileğiyle.

.....
Obezite Merkez Sorumlusu

KONSÜLTASYON BİLGİLENDİRME FORMU

TARİH:...../...../.....

MERKEZİN ADI :

Sayın Hastamız

Aşağıda belirtilen tetkikleri randevu tarihlerinde ilgili merkezlere giderek yaptırmanız ve sonuçlarını/...../..... tarihinde merkezimize teslim etmeniz gerekmektedir.

Sayın meslektaşım,

.....isimli obezite hastamıza, merkezimizde yaklaşık 1 yıl süreyle obezite için bilişsel-davranış tedavisi uygulanacaktır. Hastamızın tarafınızdan değerlendirilerek, obezite tedavisi açısından sakınca teşkil eden bir durumunun olup olmadığının değerlendirilmesini rica ederim.

Ayrıca uygulayacağımız tedavi açısından gerekli olan;

Total Kolesterol, HDL, LDL, Trigliserit, VLDL, HDL Dışı Kolesterol, Açlık Kan Şekeri, Tokluk Kan Şekeri, Açlık İnsülin, Tokluk İnsülin, C-Peptit, Mikroalbumin, HbA1c, Na, K, Cl, HCO₃, Kreatinin, BUN, Tam İdrar Tahlihi (TİT), AST, ALT, ALP, GGT, Bilirubin, Albumin, Total Protein, LDH, PT, Serbest T₃, Serbest T₄, TSH

tetkiklerinin çalışılmasını sağlamanızı rica ederim.

Saygılarımla.

.....
Obezite Merkez Sorumlusu

OBEZİTE MERKEZİ KONSÜLTASYON RANDEVULARI FORMU

MERKEZ ADI:

Hasta :
Adı
Soyadı

TC Kimlik No :

BRANŞ	TARİH	SAAT	AÇIKLAMA
<input type="checkbox"/> İç Hastalıkları Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Kardiyoloji Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Genel Cerrahi Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Ortopedi Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Nöroloji Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı			
<input type="checkbox"/> Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı			
<input type="checkbox"/>			

LABORATUVAR TETKİKLERİ

<input type="checkbox"/>	Kan Lipit Profili		
<input type="checkbox"/>	Diyabet Tetkikleri		
<input type="checkbox"/>	Böbrek Fonksiyon Testleri		
<input type="checkbox"/>	Karaciğer Fonksiyon Testleri		
<input type="checkbox"/>	Tiroit Hormonları Testleri		
<input type="checkbox"/>	Kişilik veya Psikolojik Testler		
<input type="checkbox"/>	İnsülin Direnci Testi		
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Konsültasyon ve Tetkik Sonuçlarının Merkeze Teslim Tarihi

...../...../.....

KONSÜLTASYON SONUÇLARI KAYIT FORMU

TARİH:...../...../.....

MERKEZ ADI:

Hasta Adı :
Soyadı

TC Kimlik No:

İLGİLİ BÖLÜM	KONSÜLTASYON SONUCU
İç Hastalıkları Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Kardiyoloji Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Genel Cerrahi Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Ortopedi Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir.

	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Nöroloji Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı	<input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına verilen tedavi eşliğinde katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına tedavisi tamamlandıktan sonra katılabilir. <input type="checkbox"/> Hasta obezite takip ve tedavi programına katılamaz.

Uygulanacak Tedavilerin Değerlendirme Tarihi

...../...../.....

OBEZİTE TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ RIZA FORMU

Sayın hastamız, (velisi/vasisi),

Sağlık durumunuz (hastanızın sağlık durumu) ile ilgili size önerilen teşhis veya tedaviye yönelik işlemlerin yararı, olası zararları, riskleri ve diğer tedavi alternatifleri hakkında bilgi sahibi olmak; tedaviyi kabul veya kısmen/tamamen reddetmek; yapılacak işlemleri herhangi bir aşamada durdurma hakkına sahipsiniz.

Bu belgede geçen hususları tam olarak anlamanız önemlidir. Belgenin yazılma amacı sizi korkutmak veya yapılacak olan uygulamalardan uzaklaştırmak değildir. Bu belge yapılacak uygulamalara rıza gösterip göstermediğinizi kayıt altına almak için düzenlenmiş ve imza altına alınmıştır.

Ben _____;
Hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan ve tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebi olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabii olmadan yapmak, sonuçları yorumlamak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, _____ Hastanesi'nin **Obezite Merkezi hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikoloğve doktoruzman doktorlarını** yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

Doktorlar bana, OBEZİTE-ŞİŞMANLIK (dünyada yaygın görülen sağlık sorunlarından. Hastanın kilosunun boyunun karesine bölünmesi ile bulunan bir değer olan vücut kitle indeksinin belirli standartların üzerinde olması durumudur. Obezite tedavi ve hastalığın kontrolü amacıyla kullanılan ilaçları, cerrahi müdahaleleri ve rehabilitasyon uygulamalarını içerir. Hasta tedavilere ve diyetine uymakla yükümlüdür.) şeklinde ifade edilebilecek bir rahatsızlığım olduğunu anlattılar. Bu hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, teşhis ve tedavi yöntemleri ile tedavi alternatiflerini ayrıntılı olarak açıkladılar. Tedavi imkânlarının sınırlı olduğunu ve rehabilitasyon uygulamalarının mevcut kapasitemi en üst düzeye çıkarmak amacıyla planlandığını bildirdiler. Tam veya kısmi iyileşme sözü vermediler. Hastalığım gidişatı gereği durumumun kötüleşebileceğini anlattılar. Bu hastalığımın ile ilgili durumumun kötüleşmesi durumunda hiçbir şekilde tedavimi veya tedavimi yapan ekibi sorumlu tutmayacağımı belirtirim.

Bu ihtimaller karşısında rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamalara rızam olup olmadığını sordular. Ben, açıklanan tüm hususları tam olarak anlamış, tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğinin farkında olarak rahatsızlığımın gerektirdiği ve gerektireceği tüm tıbbi uygulamaları kabul ediyorum. Uygulanacak işlem ile ilgili, işlem sırasında ve işlem sonrasında sosyal güvencemden kapsamını aşan masraflar oluşabileceğini biliyorum. Bu durumla ilgili sorumluluğu üzerine alıyorum.

İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktorlar tarafından farklı tanımlara varılabileceğini, önceden planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyor; idrak, rıza ve talep ediyorum.

Tarafıma uygulanacak İLAÇ, FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON, EGZERSİZ, BANTLAMA, ENJEKSİYON, YARDIMCI CİHAZ girişimleriyle ilgili olarak yapılması planlanan tıbbi uygulamalar sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek DÜŞME, KIRIK, YANIK, KILODA ARTIŞ, KILO KAYBI SAĞLANAMAMASI, AĞRIDA ARTIŞ, ALTTA YATAN HASTALIKTA KÖTÜLEŞME, KAN DEĞERLERİNDE BOZULMA, NÖROLOJİK DURUMDA BOZULMA, TEDAVİDEN FAYDA GÖREMEME, ENFEKSİYON, BASINÇ YARASI VE DİĞER YARALANMALAR, NEFES DARLIĞI, GÖĞÜS AĞRISI, SIKINTI HISSİ, ALERJİK YAN ETKİLER; İLAÇ YAN ETKİLERİ; BİLİNÇ KAYBI, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU, UYKU BOZUKLUĞU, ATEŞ, DAMARLARDA PIHTI, SOLUNUM YETMEZLİĞİ, KALP YETERSİZLİĞİ, KALP KRİZİ BENZERİ ÖLÜMCÜL DURUMLAR VE ÖLÜM gibi risk ve tehlikeli durumlar açık ve anlayabileceğim şekilde anlatılmış olup, bütün bunları idrak ettiğimi beyanla, kabul ve talep ediyorum.

OBEZİTE DURUMUNDA TAM ŞİFA SAĞLANAMAYABİLECEĞİNİ; UYGULANABİLECEK MEVCUT TEDAVİLER SONUCUNDA DAHI YATAĞA, TEKERLEKLI SANDALYE VEYA YARDIMA BAĞIMLI KALABİLECEĞİMİ, KONTROL MUAYENESİ İÇİN DAHİLİYEVENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI UZMAN TABİBİNE, KARDİYOLOJİ UZMAN TABİBİNE, CERRAHI AÇISINDAN İLGİLİ CERRAHI BÖLÜMÜNE YÖNLENDİRİLEBİLECEĞİMİ BİLİYORUM.

Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum veya okuma/dil bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı verildi. Tedavinin uygulanmaması ihtimali de dâhil olmak üzere her türlü tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı. Bu belgede yazılı olanlar ve sorularıma aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyorum, hiçbir baskı altında kalmadan, kendi özgür irademle bu formu imzalamak suretiyle onay veriyorum.

Onay verenin;

Adı Soyadı:

İmzası:

Şahit varsa imzası:.....

Çevirmen varsa imzası:

Ben Dr.

Hastaya hastalığı ve uygulanacak işlemlerle ilgili gerekli bilgileri verdim. Hastanın bu bilgileri anladığı, sormak istediği soruları bana sorduğu, işlemi özgür iradesiyle kabul ettiği kanaatindeyim.

Adı / Soyadı

İmza

Tarih:/...../.....

OBEZİTE MERKEZİ GRUP OLUŞTURMA FORMU

TARİH:...../...../.....

MERKEZİN ADI:

Hasta Adı
Soyadı :

TC Kimlik No:

Telefon No :

Aşağıdaki soruları cevaplayınız

Puanlama*	1	2	3	4	5
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın			
Gruplamada Cinsiyet tercihi	<input type="checkbox"/> Erkek Grup	<input type="checkbox"/> Kadın Grup	<input type="checkbox"/> Karışık		
Medeni Durum	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekâr			
Sosyal Durum	<input type="checkbox"/> Hiç iş yapamam	<input type="checkbox"/> Evde biraz iş yaparım	<input type="checkbox"/> Boş durunca sıkılırım	<input type="checkbox"/> Günlük birçok iş yaparım	<input type="checkbox"/> Düzenli iş hayatım var
Uyum Durumu	<input type="checkbox"/> Çok az	<input type="checkbox"/> Genelde ortama uyarım	<input type="checkbox"/> Kendimi motive edebilirim	<input type="checkbox"/> Grup içinde çok motive olurum	<input type="checkbox"/> Kesin karar verdim mi yaparım
Çalışma Durumu	<input type="checkbox"/> Hiç iş yapamam	<input type="checkbox"/> Evde biraz iş yaparım	<input type="checkbox"/> Boş durunca sıkılırım	<input type="checkbox"/> Günlük birçok iş yaparım	<input type="checkbox"/> Düzenli iş hayatım var
Eğitim Durumu	<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Ön Lisans / Lisans	<input type="checkbox"/> Lisansüstü
Okuma Kültürü	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Çok nadir	<input type="checkbox"/> Aralıklı	<input type="checkbox"/> Sıklıkla	<input type="checkbox"/> Her zaman
Ekonomik durum	<input type="checkbox"/> Aylık asgari ücretle kıt kanaat geçiniyorum	<input type="checkbox"/> Aylık asgari ücret ihtiyaçlarımı karşılıyor	<input type="checkbox"/> Aylık ihtiyaçlarımı karşılayacak gelirim var	<input type="checkbox"/> Aylık ihtiyacımdan fazla gelirim var, zenginim	
İkamet durumu ve günlük yaşam durumu	<input type="checkbox"/> Tek başıma yaşıyorum	<input type="checkbox"/> Karı koca ve az ziyaretçili yaşamımız var	<input type="checkbox"/> Karı koca ve çok ziyaretçili gelen gidenli ve misafirli yaşamımız var	<input type="checkbox"/> Çocuklar veya anne baba ile orta düzey bir aile yaşamı var	<input type="checkbox"/> Birkaç aile bir arada rahat ve kalabalık eğlenceli bir yaşamım var

OBEZİTE MERKEZLERİ DENETİM SORGU VE İDARİ YAPTIRIM FORMU

Sağlık Kuruluşunun						Denetimin				
Adı:						Tarihi:				
Türü:						Saati:				
Mesul Müdürü:										
Ruhsat Tarihi:										
Faaliyet İzin Tarihi:										
Adresi										
Soru No	Denetim Soruları	Uygun	Uygun Değil	Muaf	Açıklama	*İDARİ YAPTIRIM				
BİNA VE HİZMET STANDARTLARI						1. Tespit	2. Tespit	3. Tespit	4. Tespit	5. Tespit
1	Merkeze Bakanlıkça faaliyet izni verilmiş mi? (Yönetmeliğin 4. maddesinin dördüncü fıkrası)				İzinsiz sunulan obezite tedavisine yönelik hizmet faaliyetten men edilir. Sağlık tesisinin bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde biri oranında idari para cezası verilir.	İzinsiz sunulan obezite tedavisine yönelik hizmet faaliyetten men edilir. İdari para cezası bir kat artırılarak uygulanır.	İzinsiz sunulan obezite tedavisine yönelik hizmet faaliyetten men edilir ve sağlık tesisinin acil servis hizmetleri hariç tüm poliklinik faaliyetleri 10 gün süre ile durdurulur.			
2	Yönetmeliğin 5. Maddesinde belirtilen fiziki standartları haiz mi?				Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Merkezin faaliyeti, eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
PERSONEL STANDARTLARI						1. Tespit	2. Tespit	3. Tespit	4. Tespit	5. Tespit
3	Merkeзде sorumlu hekim görevlendirilmiş mi? (Yönetmeliğin 6. maddesinin birinci fıkrası)				Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Merkezin faaliyeti, eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
4	Merkeзде sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda; koordinatör, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve hasta kayıt ve danışma görevlisi bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 6. maddesinin ikinci fıkrası)				Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Merkezin faaliyeti, eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
5	Merkeзде izlem ve obezite programının işleyişi Yönetmeliğin 9 uncu maddesinde belirlenmiş aşamalara uygun mu? (Yönetmeliğin 9. maddesi)				Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Merkezin faaliyeti, eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
KAYITLARIN TUTULMASI VE SAKLANMASI STANDARTLARI						1. Tespit	2. Tespit	3. Tespit	4. Tespit	5. Tespit

6	Merkezde hasta kayıtlarının tutulması için veri tabanı oluşturulmuş ve her hasta için kayıt dosyası açılmış mı? (Yönetmeliğin 10. maddesinin birinci fıkrası)					Sağlık tesisi uyarılır. Otuz gün süre verilir.	Sağlık tesisi uyarılır. Onbeş gün süre verilir.	Sağlık tesisinin bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde biri oranında idari para cezası ve onbeş gün süre verilir.	İdari para cezası bir kat artırılarak uygulanır ve on gün süre verilir.	Merkezin faaliyeti on gün durdurulur.
7	Merkezde başvurusu değerlendirilen ve kabulü uygun görülen kişiler için hasta kayıt dosyasında; bilgilendirme konuları kontrol, aydınlatılmış rıza, ilk görüşme randevuları bilgilendirme, grup oluşturma ve uyum yüzdesi, konsültasyon randevuları, konsültasyon bilgilendirme ve konsültasyon sonuçları kayıt formu bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 10. maddesinin ikinci fıkrası)					Sağlık tesisi uyarılır. Otuz gün süre verilir.	Sağlık tesisi uyarılır. Onbeş gün süre verilir.	Sağlık tesisinin bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde biri oranında idari para cezası ve onbeş gün süre verilir.	İdari para cezası bir kat artırılarak uygulanır ve on gün süre verilir.	Merkezin faaliyeti on gün durdurulur.

* Bu Formun "İdari Yaptırım" hükümleri; gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri sahipliğindeki obezite merkezleri hakkında uygulanır.

OBEZİTE CERRAHİSİ YAPILAN SAĞLIK TESİSLERİ DENETİM SORGU VE İDARİ YAPTIRIM FORMU

Sağlık Kuruluşunun					Denetimin					
Adı:					Tarihi:					
Türü:					Saati:					
Mesul Müdürü:										
Ruhsat Tarihi:										
Faaliyet İzin Tarihi:										
Adresi:										
Soru No	Denetim Soruları	Uygun	Uygun Değil	Mnaaf	Açıklama	*İDARİ YAPTIRIM				
						1. Tespit	2. Tespit	3. Tespit	4. Tespit	5. Tespit
1	Obezite Cerrahisi Uygulama Merkezi faaliyet izni olmadan obezite cerrahisi yapılıyor mu? (Yönetmeliğin 11. maddesinin üçüncü fıkrası)					Obezite cerrahisi uygulamaları durdurulur Sağlık tesisinin bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde biri oranında idari para cezası verilir.	İdari para cezası bir kat artırılarak uygulanır.	Sağlık tesisinin acil servis hizmetleri hariç tüm poliklinik faaliyetleri 10 gün süre ile durdurulur		
2	Obezite cerrahisi yapılan sağlık tesisinde; ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonların zamanında ve etkili bir şekilde yönetilebileceği, bünyesinde tescilli yapılmış üçüncü seviye erişkin yoğun bakım servisi ve endoskopji ünitesi ile obezite şartlarına uygun alt yapı ve cerrahi donanım şartlarına haiz ameliyathane, ameliyat masası, sedyesi, hasta yatağı, tekerlekli sandalye ile yere monte edilmiş/yerden destekli tuvalet bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 11. maddesinin birinci fıkrası)					Obezite cerrahisi ameliyatları eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
3	Obezite cerrahisi uygulamalarının yapılacağı sağlık tesislerinin, ameliyat öncesi gerekli değerlendirme ve konsültasyonların yapılabileceği yeterlilikte uzman tabip ve donanım altyapısına sahip mi? (Yönetmeliğin 11. maddesinin dördüncü fıkrası)					Obezite cerrahisi ameliyatları eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
4	Sağlık tesisinde obezite cerrahisi uygulanan hastalara ihtiyaç halinde kardiyovasküler yaşam desteği sağlanabiliyor mu? (Yönetmeliğin 11. maddesinin beşinci fıkrası)					Obezite cerrahisi ameliyatları eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
5	İkinci basamak sağlık tesislerinde obezite cerrahisi uygulanması esnasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar için üçüncü basamak sağlık tesisi ile hasta transfer protokolu yapılmış mı? (Yönetmeliğin 11. maddesinin altıncı fıkrası)					Obezite cerrahisi ameliyatları eksiklik giderilinceye kadar durdurulur.Eksikliğin giderilmesi için on gün süre verilir.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadığının tespiti hâlinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			

6	Obezite cerrahisi uygulama merkezlerinde, belirlenen standartlara sahip cerrah ve ameliyat ekibinin haricinde, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanının bulunmaması halinde iç hastalıkları, kardiyoloji, ruh sağlığı ve hastalıkları, anestezi ve reanimasyon dallarında uzman konsültan tabipler bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 13. maddesinin birinci fıkrası)					Obezite cerrahisi uygulamaları durdurulur. Sağlık tesisinin bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin yüzde biri oranında idari para cezası verilir. Eksikliğın giderilmesi için otuz gün süre verilir.	Faaliyetin durdurulması kararına uyulmadıgının tespiti halinde, faaliyet izin belgesi geri alınır.			
7	Obezite cerrahisi uygulanan sağlık tesisinde; obezite cerrahisi yapan cerrahların "obezite cerrahisi uygulama belgesi" bulunuyor mu? (Yönetmeliğin 14. maddesinin birinci fıkrası)					Obezite cerrahisi uygulama faaliyeti, onbeş gün durdurulur.	Obezite cerrahisi faaliyet izin belgesi geri alınır.			
8	Obezite cerrahisi uygulaması Madde 15 te belirtilen hasta kriterlerine uygun yapılıyor mu?					Obezite cerrahisi uygulama faaliyeti, onbeş gün durdurulur.	Obezite cerrahisi uygulama faaliyeti, otuz gün durdurulur. Sağlık tesisinin bir önceki aya ait brüt hizmet gelirinin %1 oranında idari para cezası verilir.	Obezite cerrahisi faaliyet izin belgesi geri alınır. İkinci tespitteki idari para cezası bir kat artırılarak uygulanır.		

Bu Formun "İdari Yaptırım" hükümleri, bünyesinde obezite cerrahisi uygulamaları yapılan Gerçek ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri sahipliğindeki sağlık tesisleri hakkında uygulanır.