

KAMU HİZMETLERİ STANDARTLARI TABLOSU

Sıra No	Hizmetin Adı	Başvuruda İstenilen Belgeler	Hizmetin Tamamlanma Süresi (En Geç)
1	Hasta Kayıt – Kabul İşlemleri	*Nüfus Cüzdanı (her hasta için), *SGK(SSK, Emekli Sandığı, Bağ kur,Yeşil Kart) *Resmi Kurumlar *Yurt dışı SGK'lı hastaları sağlık yardımı belgesinin aslı, * Mahkûm hastalar ceza evinden sevk içeren resmi yazı, * Gazi ve eşleri de gazi kartı	30 dk*
2	Diş Hekimi Muayenesi	Barkod	10 dk*
3	Diş Röntgeni	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	5-7 dk*
4	Panoramik Röntgen	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	15 dk*
5	Diş çekimi	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	60 dk*
6	Detertraj(Diş Taşı Temizliği)	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	30dk*
7	Tedavi(Diş Dolgusu)	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	60 dk*
8	Kanal Tedavisi	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	1 saat
9	Hareketli Tam Protez	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod, Protez taahhünamesi	20 iş günü
10	Hareketli Bölümlü Metal Protez	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod, Protez taahhünamesi	20 iş günü
11	Tek Parça Döküm Kron	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod, Protez taahhünamesi	20 iş günü
12	Sabit Protez (Seramik Venner)	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod, Protez taahhünamesi	20 iş günü
13	0-13 Yaş Diş Hekimi Muayenesi	Barkod	15 dk*
14	0-13 Yaş Diş Çekimi	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	25-60 dk*
15	0-13 Detertraj (Diş Taşı Temizliği)	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	20-60 dk*
16	0-13 yaş kanal tedavisi	Randevu ve Yapılan Tedaviler Formu, Barkod	1 saat

*** Hizmetin tamamlanma süreleri; uygulanacak tedavinin başlayıp sona erme süreleridir. Hastanın ve tedavinin durumuna göre gün ve dakikalar artar ya da azalabilir.**

Başvuru esnasında yukarıda belirtilen belgelerin dışında belge istenmesi veya başvuru eksiksiz belge ile yapıldığı halde hizmetin belirtilen sürede tamamlanmaması durumunda ilk müracaat yerine ya da ikinci müracaat yerine başvurunuz.

İlk Müracaat Yeri		İkinci Müracaat Yeri	
Adı Soyadı	Ahmet UZUN	Adı Soyadı	Dt. Züleyha GÜRSOY
Unvanı	Müdür Yardımcısı Kalite Yönetim Direktörü	Unvanı	Başhekim Yardımcısı
Adres	Trabzon Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Adres	Trabzon Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
Tel.No	230 09 60 / 1070	Tel.No	230 09 60 / 1004
Faks No	230 15 64	Faks No	230 15 64
E-Mail	a.uzun345@gmail.com	E-Mail	zuleyhagursoy75@hotmail.com

Güncelleme Tarihi: 21.03.2018