

EK - 3
ASM VE AHB'İN OLAĞAN DIŐI DURUM, İHBAR VE ŐİKAYETLERİNDE KULLANILACAK
DENETİM FORMU VE İNCELEME TUTANAĐI

TARİH :

SAAT:

İLİ / İLÇESİ/.....									
DENETLENEN	ASM		AHB		AH/ Geçici AH		ASE/ Geçici ASE		Diđer Personel	
DENETLENEN ASM / AHB ADI (Denetlenen ASM veya AHB ise)							TLF.NO.			
DENETLENENİN ADI - SOYADI (Denetlenen AH/Geçici AH , ASE/Geçici ASE veya Diđer Personel ise)							TLF.NO.			
DENETİMİN NEDENİ										
DENETLENEN KONU İLE İLGİLİ TESPİTLER (Bulgu, Belge , Resim v.b.)										
DENETİMDE TESPİT EDİLEN DİĞER EKSİKLİKLER / SORUNLAR										
TANIK / TANIKLARIN AD-SOYAD VE TELEFONU (Varsa ve gerekli ise)										
DENETİM EKİBİNİN DENETİM İLE İLGİLİ GÖRÜŐLERİ (Denetim ekibinin görüőüne göre iddianın gerçek olup olmadığı, gerçek ise yapılacak işleme esas denetim ekibi kanaatinin ne olduğu ...v.s. ?)										

Denetim Ekip Başkanı
Ad Soyad
İmza

Denetçi
Ad Soyad
İmza

Denetlenen (ASM Yöneticisi/AH/ASE)
Ad Soyad
İmza

NOT: Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirilen denetim ekibince form doldurulacak ve Müdürlüğe (Aile ve Toplum Sağlığı Şubesi veya Disiplin Bürosuna) gönderilecektir.