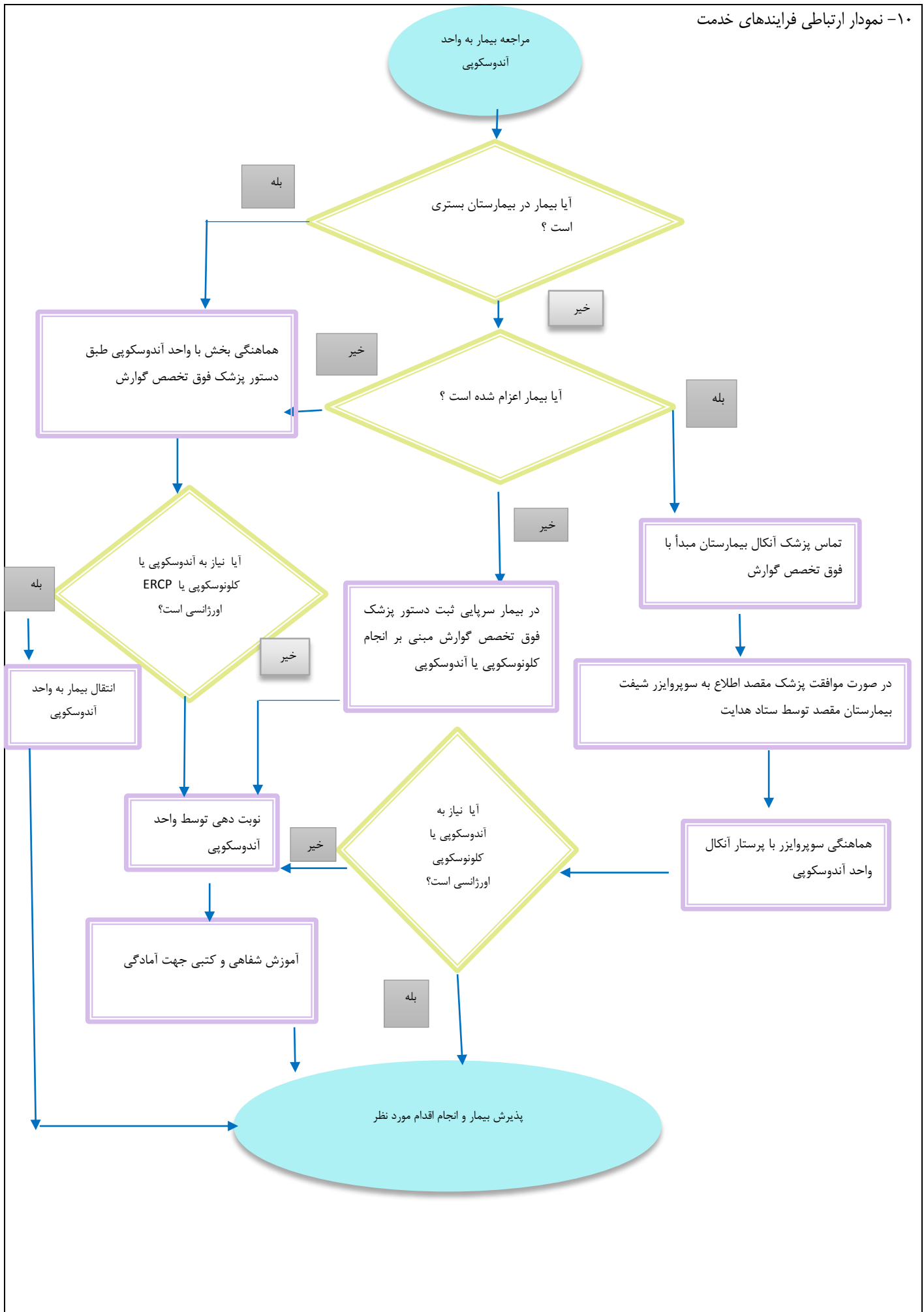


فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

۱- عنوان خدمت: ارائه خدمت به بیمار در واحد آندوسکوپی		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه خدمات	نام دستگاه اجرایی: مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام حسن(ع)		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت شامل مراحل ارائه خدمت به بیمار در واحد آندوسکوپی جهت بیماران بستری و سرپایی و اعزام از سایر بیمارستان ها که شامل آندوسکوپی، کولونوسکوپی، ERCP می باشد		
	نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		
	بیماران <input type="checkbox"/> تصدی گری <input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی		
	سطح خدمت <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی		
	رویداد مرتبط با: <input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت		
	<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر		
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت ۱- دستورپزشک فوق تخصص گوارش ۲- تکمیل فرم رضایت بیمار		
	قوانین و مقررات بالادستی ۱- داشتن آمادگی های مورد نیاز ۲- اطمینان از صحت عملکرد تجهیزات پزشکی		
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان ۳۰۰ نفر خدمت گیرندگان در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	
متوسط مدت زمان ارائه خدمت: ۲۰-۳۰ دقیقه			
تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه به طور متوسط ۳۰۰ بار در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال			
تعداد بار مراجعه حضوری ۱ بار برای بیماران بستری و جهت بیماران سرپایی ۲ بار (۱ بار جهت اخذ نوبت و باردوم جهت دریافت خدمت)			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان متغیر بسته به نوع خدمت و زمان شماره حساب (های) بانکی از طریق دستگاه POS واحد تعرفه یا پرداخت نقدی در واحد تعرفه و دریافت قبض پرداخت جهت ارائه به واحد آندوسکوپی پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/>			
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن www.nkums.emamhasan.ir		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		
	مراحل خدمت		
	نوع ارائه		
	رسانه ارتباطی خدمت		
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		
	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه		
در مرحله درخواست خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		
	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		



<p>واحد مربوط: واحد آندوسکوپی بیمارستان امام حسن</p>	<p>پست الکترونیک:</p>	<p>تلفن : ۰۵۸۳۱۵۱۴۱۸۱</p>	<p>نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: زهرا مه آبادی</p>
--	-----------------------	-------------------------------	--

