

**وزارة الصحة – ولاية الخرطوم**

**الإداره العامة للطب العلاجي**

**إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة**

**التاريخ : 14/12/ 2021م النمرة : وص/وخ /م ع /44/أ**

**السيد مدير ادارة المؤسسات العلاجية الخاصة**

**و السادة أعضاء لجنة المشاريع الجديدة**

**المحترمين**

**السلام عليكم و رحمة الله و بركاته**

**و بعد**

في اطار ترقية و تطوير الخدمات الطبية في قسم الأسنان, و تماشيا مع الحوجة لزيادة مستشفيات و مراكز الأسنان لسد النقص و عدم توفر خدمات الأسنان الأسنان المتكاملة و المتخصصة,خصوصا في مجال جراحة الوجه و الفكين.

و عليه أرجو اعادة النظر في تبعية مراكز جراحة اليوم الواحد لطب الأسنان, ومستشفيات الأسنان الخاصة الى قسم الأسنان, استنادا على مبدأ التخصصية لخدمات طب الأسنان, أسوة باستغلالية ادارة مستشفيات الأسنان التعليمية, والمتخصصة التي تتبع لادارات صحة الفم والأسنان, الاتحادية و الولائية.

و لكم جزيل الشكر

د/جيهان بشير أحمد

رئيس قسم الأسنان

29/9/2021

**عيادة اسنان دكتور ابوبكر الطيب سليم**

**شهادة خبرة**

نحن الموقعين ادناه نشهد بان الدكتورة **سارة جعفر محمد خير** قد عملت بالعيادة فى الفترة من 10 يوليو 2020 وحتى 15 يونيو 2021 وقد حررت لها هذه الشهادة بناء على طلبها لتقديمها لمن يهمهم الامر.

**مالك العيادة**

**دكتور ابوبكر الطيب سليم**

**بسم الله الرحمن الرحيم**

**وزارة الصحة – ولاية الخرطوم**

**الادارة العامة للطب العلاجي**

**إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة**

**شروط استخراج رخصة جديدة لطبيب العيادة2022م**

**البيانات الأساسية للموقع المقترح :**

**1 . البعد من أقرب مستشفى حكومي :- أكثر من 500 متر**

**2 . مساحة العيادة : 16مترمربع او اكثر ( المساحة الداخلية حتي 3,5 ×3,5 متر )**

**3 . البيانات الاساسية للانتظار او استقبال العيادة )منفصل أو مشترك(**

**المساحة : 20 متر مربع فأكثر ) المساحة الداخلية حتي 4×4متر للعيادة الواحدة)**

**4 .العيادة بالطابق الارضي ( في حالة عدم وجود مصعد أو مزلقان للطابق الاول )**

**5 . المباني والسقف : من المواد الثابتة الخرسانية**

**6 . الأرضيات : سيراميك**

**7 . دورات المياة : (2) ، مع وجود حوض غسيل ( الدورات سايفون )**

**8 . وجود تكييف بالعيادات والإستقبال**

**9 . وجود حوض غسيل بالعيادات**

**يجب إرفاق المستندات الآتية مع الطلب :-**

* **شهادة ملكية العقار أو عقد إيجار . ( عقد الايجار بعد الزيارة )**
* **صورة من إثبات الشخصية . ( به رقم وطني )**
* **صورة من التسجيل الدائم .**
* **رسم كروكي يوضح موقع العيادة .**
* **رسم كروكي يوضح أبعاد ( بالمتر) العيادات والإستقبال الخاص بالعيادات و دورات المياه والملحقات الأخرى بالمبنى مع توضيح المسميات.**
* **حضور الطبيب شخصياً.**
* **لايجوز العمل للطبيب العامل بالمستشفيات الصحية والتعليمية الحكومية في العيادات والمجمعات الخاصة اثناء ساعات دوامه.**
* **تنويه لا يتم إستلام الملف إلا إذا كانت جميع البيانات أعلاه مكتملة وبخط واضح و جميع المستندات المطلوب إرفاقها موجودة .**
* **تنتهي الرخصة فى 31 ديسمبر.**



**وزارة الصحة – ولاية الخرطوم**

**الادارة العامة للطب العلاجي**

**إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة**

**شروط استخراج رخصة لمجمع عيادات جديد2022م**

**البيانات الاساسية للموقع المقترح :**

1. **البعد من اقرب مستشفي حكومي اكثر من 500 متر**
2. **عدد غرف العيادات : 3 علي الاقل**
3. **مساحة العيادات : 16 متر مربع أو اكثر (حتي 3,5×3,5 للمساحة الداخلية)**
4. **مساحة الاستقبال : 40 متر مربع فأكثر + استقبال المعمل 16متر مربع ( في حالة وجود معمل )**
5. **المجمع بالطابق الارضي ( في حالة عدم وجود مصعد أو مزلقان للطابق الاول )**
6. **المباني والسقف : من المواد الثابتة الخرسانية**
7. **الارضيات : سيراميك**
8. **دورات المياه (4) ، مع وجود حوض غسيل (الدورات سايفون)**
9. **وجود تكييف بالعيادات والاستقبال**
10. **وجود حوض غسيل بالعيادات**

**يجب ارفاق المستندات الاتية مع الطلب :**

1. **شهادة ملكية العقار أو عقد ايجار ( يمكن تاجيله لبعد الزيارة).**
2. **صورة من إثبات الشخصية للمالك ( به رقم وطني ).**
3. **صورة من التسجيل الدائم للأطباء (به رقم الوطني ).**
4. **صورة من إثبات الشخصية للأطباء. (به رقم وطني ).**

**( الحد الادني لمنح رخصة مجمع طبي هو توفير ثلاثة تخصصات مختلفة أحدها من التخصصات الاسياسية (باطنية ، جراحة ، أطفال ، نساءوتوليد ، طب الاسرة).**

1. **رسم كروكي يوضح موقع المجمع**
2. **( حضور المالك شخصياً أو من يوكله بتوكيل مؤثق من محامي).**
3. **رسم كروكي يوضح أبعاد ( بالمتر) العيادات والاستقبال الخاص بالعيادات ودورات المياه والملحقات الأخري بالمبني مع توضيح المسميات .**
4. **في حالة المالك شركة أو مؤسسة يجب إرفاق عقد الشراكة وشهادة تسجيل الشركة أو المنظمة.**
   * **لايجوز العمل للطبيب العامل بالمستشفيات الصحية والتعليمية الحكومية في العيادات والمجمعات الخاصة اثناء ساعات دوامه**

* **تنويه لايتم إستلام الملف إلا اذا كانت جميع البيانات أعلاه مكتملة وبخط واضح وجميع المسندات المطلوب إرفاقها موجودة.**
* **تنتهي الرخصة فى 31 ديسمبر.**

** بسم الله الرحمن الرحيم **

**وزارة الصحة – ولاية الخرطوم**

**إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة**

**شروط استخراج رخصة جديدة لطبيب العيادة**

**البيانات الأساسية للموقع المقترح :**

**1 . البعد من أقرب مستشفى حكومي :- أكثر من 500 متر**

**2 . مساحة العيادة :16 مترمربع او اكثر( المساحة الداخلية حتي 3,5 ×3,5 متر )**

**3 . البيانات الاساسية للانتظار او استقبال يادة )منفصل أو مشترك(**

**المساحة : 20 متر مربع فأكثر ) المساحة الداخلية حتي 4×4متر للعيادة الواحدة)**

**4 .العيادة بالطابق الارضي ( في حالة عدم وجود مصعد أو مزلقان للطابق الاول )**

**5 . المباني والسقف : من المواد الثابتة الخرسانية**

**6 . الأرضيات : سيراميك**

**7 . دورات المياة :(2) ، مع وجود حوض غسيل ( الدورات سايفون )**

**8 . وجود تكييف بالعيادات والإستقبال**

**9 . وجود حوض غسيل بالعيادات**

**يجب إرفاق المستندات الآتية مع الطلب :-**

* **شهادة ملكية العقار أو عقد إيجار . ( عقد الايجار بعد الزيارة )**
* **صورة من إثبات الشخصية . ( به رقم وطني )**
* **صورة من التسجيل الدائم .**
* **رسم كروكي يوضح موقع العيادة .**
* **رسم كروكي يوضح أبعاد ( بالمتر) العيادات والإستقبال الخاص بالعيادات و دورات المياه والملحقات الأخرى بالمبنى مع توضيح المسميات.**
* **حضور الطبيب شخصياً.** 
  + **لاتمنح رخصة في الفترة الصباحية للعاملين في المؤسسات الصحية أو التعليمية الحكومية. ( لايجوز العمل للطبيب العامل بالمستشفيات الصحية والتعليمية الحكومية في العيادات والمجمعات ).**
* **تنويه لا يتم إستلام الملف إلا إذا كانت جميع البيانات أعلاه مكتملة وبخط واضح و جميع المستندات المطلوب إرفاقها موجودة .**
* **تنتهي الرخصة 31 ديسمبر.**

***بسم الله الرحمن الرحيم***

**وزارة الصحة – ولاية الخرطوم**

**الإدارة العامة للطب العلاجى**

**إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة**

**استمارة طلب الحصول علي رخصة عيادة جديدة**

إسم مالك العيادة:.................................................................................................

الرقم الوطني:.....................................................................................................

رقم الهاتف :.....................................................................................................

الايميل المفعل:..................................................................................................

ملحوظة:ـــ

الايميل و رسائل الهاتف وسيلة تواصل رسمية بينك وبين الادارة

مرفق صورة من :ــــ

البطاقة القومية أو الجواز

موقع العيادة .................................................................................................

التخصص ...................................................................................................

اسم مقدم الطلب :...........................................................................................

الرقم الوطني :...............................................................................................

رقم الهاتف :...................................................................................................

تاريخ تقديم الطلب :..........................................................................................

ملاحظات :ــ

....................................................................................................................

.....................................................................................................................

...................................................................................................................

**خاص بالقسم :**

المستندات المتوفرة بملف العيادة:

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

...................................................................................................................................

تم تحديد زيارة للعيادة بتاريخ :...............................................................................................

توقيع رئيس القسم :....................................... اعتماد مدير الادارة ................................................

الختم :.................................................................

**خاص بالحسابات:ـ**

طلب تقديم للرخصة :................................ رسوم الزيارة :..........................................

جملة الرسوم :............................................................

المبلغ المتحصل :...................................... رقم الإيصال :..........................................

اسم وتوقيع المتحصل :............................................. التاريخ :..............................

. ***بسم الله الرحمن الرحيم***

**وزارة الصحة – ولاية الخرطوم**

**الإدارة العامة للطب العلاجى**

**إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة**

**استمارة طلب الحصول علي رخصة مجمع جديد**

إسم مالك المجمع :.................................................................................................

الرقم الوطني:.....................................................................................................

رقم الهاتف :.....................................................................................................

الايميل المفعل:..................................................................................................

ملحوظة:ـــ

الايميل و رسائل الهاتف وسيلة تواصل رسمية بينك وبين الادارة

مرفق صورة من :ــــ

البطاقة القومية أو الجواز

موقع المجمع :.................................................................................................

التخصص ...................................................................................................

اسم مقدم الطلب :...........................................................................................

الرقم الوطني :...............................................................................................

رقم الهاتف :...................................................................................................

تاريخ تقديم الطلب :..........................................................................................

ملاحظات :ــ

....................................................................................................................

.....................................................................................................................

...................................................................................................................

**خاص بالقسم :**

المستندات المتوفرة بملف المجمع:

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

...................................................................................................................................

تم تحديد زيارة للمجمع بتاريخ :...............................................................................................

توقيع رئيس القسم :....................................... اعتماد مدير الادارة ................................................

الختم :.................................................................

**خاص بالحسابات:ـ**

طلب تقديم للرخصة :................................ رسوم الزيارة :..........................................

جملة الرسوم :............................................................

المبلغ المتحصل :...................................... رقم الإيصال :..........................................

اسم وتوقيع المتحصل :............................................. التاريخ :..............................