|  |
| --- |
| **İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ** **HASTA HAKLARI KOORDİNATÖRLÜĞÜ****HASTA HAKLARI BİRİM SORUMLUSU UYGULAMA EĞİTİMİ PLANI**  |
| **İLÇE ADI:** |
| **UYGULAMA EĞİTİMİ KONULARI** | **1.Hasta Hakları Birimi İşleyişi ve HBBS Uygulaması (4 saat)** |
| **2.Hasta Hakları Kurulu İşleyişi (4 saat)** |
| **TARİH** | **SAAT**  | **UYGULAMA EĞİTİMİ ALACAK KURUM ADI VE HASTA HAKLARI BİRİM SORUMLUSU**  | **EĞİTİM KONUSU\*** | **UYGULAMA YAPILACAK KAMU KURUMU(SAĞLIK TESİSİ/HASTANE/HASTA HAKLARI KURULU)** | **UYGULAMA YAPILACAK KAMU KURUMUNUN BAĞLI BULUNDUĞU GENEL SEKRETERLİK ADI** | **UYGULAMA EĞİTİM SORUMLUSU ADI SOYADI\*\*** |
| **KURUM ADI** | **HASTA HAKLARI BİRİM SORUMLUSU ADI SOYADI** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***(\*) Uygulama eğitim konusu olarak yukarda, belirtilen konular yazılmalıdır. Katılımın sağlanabilmesi için her iki eğitim ayrı ayrı günlerde de planlanabilir.*** |
| ***(\*\*) Uygulama esnasındaki eğitim sorumlusu uygulama eğitiminin yapılacağı hastane/sağlık tesisi/ hasta hakları kurulu hasta hakları birim sorumlularıdır.*** |

 **HASTA HAKLARI SORUMLUSU ADI SOYADI/İMZA**