附件1

**2024年长沙市芙蓉区医疗机构校验申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称  （盖公章） | | |  | | | | | | | | 申请校验  日期 | | |  | | | |
| 地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | |  | | | | | | 联系电话 | |  | | | | | | |
| 主要负责人 | | |  | | | | | | 联系电话 | |  | | | | | | |
| 核准  床位数  （牙椅） | | |  | | | 建筑面积（㎡） | | |  | | 建筑面积中业务用房面积（㎡） | | |  | | | |
| 核准诊疗  科目 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 注册护士人数 | | | | |  | | | | 注册医师人数 | | | |  | | | | |
| 实际  开放  床位数 |  | | | | 门诊  人次 | | | |  | | | | 手术  人次 | | | |  |
| 门诊  收入分类  （万元） | | 药品费 | | | 检查费 | | | 手术费 | | 诊查费 | | 挂号费 | | | 其他 | | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |
| 受理医疗  投诉人次 | | |  | | | | 申请医疗  事故鉴定人次 | |  | | 发生医疗  事故人次 | | | | |  | |
| 医疗纠纷赔偿全额 | | | |  | | | | | 全年业务收入  （万元） | | | |  | | | | |
| 本年度内接受区卫生健康局/行政执法局检查的时间和情况： | | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：统计数据到申请校验日期前月止

附件2

**医疗机构校验资料准备清单**

（一）《长沙市芙蓉区医疗机构校验申请表》；

（二）《医疗机构执业许可证》副本及其复印件；

（三） 年度工作总结；

（四） 污水处理设备安装运转情况（提供疾控中心或者有资质的第三方检验机构出具当年度内的污水检测合格报告）。

（五） 校验期内接受卫生行政部门检查、指导结果及整改情况；

（六）校验期内发生的医疗民事赔偿（补偿）情况（包括医疗事故）以及卫生技术人员违法违规执业及其处理情况。