



Rendelő/Vállalkozás neve :

.....

A működtető neve :

.....  
.....

Rendelő címe :

.....  
.....

Rendelő elérhetősége (tel., fax, e-mail, stb.):

.....  
.....

Rendelő tulajdonosa :

.....  
.....

Rendelő ANTSZ engedélyszáma:

.....  
.....

Vállalkozás OEP azonosító száma:

.....  
.....

Rendelőben dolgozó fogorvosok neve, pecsétszáma, szakorvosi képesítése  
(Konzerváló fogászat-fogpótlásban, Dentoatveoláris szájsebészet, Parodontológia,  
Gyermekfogászat, Fogszabályozás, szakvizsga száma)

- 1.
- 2.
- 3.

Rendelő/Vállalkozás akkreditációja:

.....  
.....



Rendelőben/ Vállalkozásban dolgozó asszisztensek neve, képesítése:

- 1.
- 2.
- 3.

A rendelőben működő fogászati kezelőegységek száma:

.....  
.....

A rendelőben működő fogászati képalkotó eszközök (Rtg , OP):

.....  
.....

Közreműködő fogtechnikai laboratóriumok neve, címe:

.....  
.....

Rendelési idő:

.....  
.....

Helyettesítés, ügyelet:

A rendelő /vállalkozás minőségbiztosítási rendszere:

Van

Nincs

A rendelő / vállalkozás eleget tett-e adatszolgáltatási kötelezettségeinek?

Igen

Nem



Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelet  
Fogorvosi / Szájsebészeti Rendelő Ellenőrzési Adatlap



.....200.....hó.....nap