

	DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	Doküman Kodu	HD.HE.01.01
	HİZMETE ERİŞİM PROSEDÜRÜ	Yayın Tarihi	04.03.2014
		Revizyon Tarihi	08.03.2022
		Revizyon No.	04
		Sayfa Sayısı	1/2

1. AMAÇ

Fakültemize tedavi amaçlı başvuran hastalarımızın hizmete erişimlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır.

2. KAPSAM

Üst Yönetim, Hasta Kabul Birimi, Klinik Sekreterlikleri, Hasta Hakları Birimi personellerini kapsar.

3. TANIMLAR

3.1. Hasta: Teşhis ve tedavi amaçlı fakültemize başvuran kişileri

3.2. Kayıt: Hastaların teşhis ve tedavi olabilmeleri açısından HBYS sistemi üzerinden yapılan kayıt kabul, randevu işlemlerini, ifade eder.

4. SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından fakültemiz Üst Yönetimi, Anabilim Dalı Başkanlıkları ve Klinik Sekreterleri ile tüm sağlık çalışanları sorumludur.

5. FAALİYET AKIŞI

5.1. Fakültemizde tedavi amaçlı başvuruda bulunan hastalarımız tüm anabilim dalı başkanlıklarında bulunan klinik sekreterliklerine (Hasta Kayıt Kabul Birimleri) müracaat ederek kayıt, kabul ve randevularını alabilmekte ve hasta kartı çıkartabilmektedirler.

5.2. Her bir Anabilim Dalı Başkanlığı Klinik sekreterliklerinde bölümde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunur. (web, çizelge)

5.3. Klinik Sekreterliklerinde ve Hasta Karşılama ve Yönlendirme Birimlerinde görev yapan personellerimize, yılda en az bir kez, hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim verilmektedir. Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almaktadır.

- ◆ Hasta memnuniyeti,
- ◆ Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar,
- ◆ İletişim becerileri

5.4. Hastaların kliniklerde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmaktadır. İlk olarak başvuruda bulunan ve Ağız, Diş ve Çene Radyolojisinde muayenelerini olacak hastalarımız kayıt esnasında ne kadar süre bekleyecekleri görevliler tarafından belirtilmekte olup, ayrıca kendilerine verilen barkodda tahmini bekleme süresi de yazılarak bilgilendirme yapılmaktadır.

5.5. Bekleme süreleriyle ilgili bir sıkıntı tespit edildiğinde klinik sekreterleri tarafından gecikmenin sebepleri, tahmini olarak muayene olabilecekleri zaman aralığı belirtilmekte ve durum hastanın sistemine (sebepler belirtilerek) kaydedilmektedir. Yapılan işlemler aylık olarak kalite yönetim birimine gönderilmekte olup, durum değerlendirmesi yapılmasının ardından gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmaktadır.

5.6. Anabilim dallarında gerçekleştirilen tedavilerde her hastanın belirlenen zaman aralığında işlemi tamamlanamayacağından tahmini olarak oluşturulan bekleme süreleriyle ilgili yazılı doküman klinik sekreterliklerinde bulunmaktadır.

5.7. İlk muayenelerinin ardından klinik sekreterliklerine tedavilerini yaptırmak üzere başvuran hastalarımıza tahmini randevu tarihleri hakkında da bilgilendirme yapılır ve randevuları oluşturulur.

5.8. Randevu verme süreleri ve prosedürleri kliniklere göre farklılık göstermektedir. Fakültemiz 8 ayrı klinik ile hizmet sunmakta ve her bölümün işleyişi farklılık göstermektedir. Randevu verilirken klinik hasta ve hekim sayıları istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmaktadır. Yapılacak işlemlerle ilgili hastalara verilebilecek randevu süreleriyle ilgili olarak net bir tarih aralığı bulunmamaktadır. Hastalara verilebilecek en kısa süre içinde randevu oluşturulmaya ve tedavilerinin sorunsuz bir şekilde yapılabilmesine yönelik çalışılmaktadır.

5.9. Hastaların almış oldukları randevuya geldiklerinde, verilen randevu saatindeki gecikmeler Klinik Sekreterleri tarafından takip edilmektedir.

5.10. Verilen randevu süresinde hekim ya da sistemden kaynaklı bir gecikme olması durumunda hastalar en az 72 saat öncesinden bilgilendirme yapılır ve yeni bir randevu oluşturulur.

5.11. Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmaktadır. İlk muayene ve diğer kliniklerde yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırmaları sağlanmaktadır. Onlara öncelikli hasta grubuna ait olan sıra numarası verilmekte ve muayeneleri öncelikli olarak yapılmaktadır.

5.10. Yaşlı ve engelli kişilerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmış ve oturma alanları belirlenmiştir.

5.11. Yaşlı ve engelli kişilerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları yönünde titizlik gösterilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır. Klinik işleyişine uygun olarak gerekli öncelik verilmektedir.

5.12. Acil durumlarda yaşlı ve engelli bireylerin kurumdan tahliyesinde, kurumda ilgili katta görev yapan güvenlik görevlisi yetkilendirilmiştir.

5.13. Birimde görevli personeller her gecikilen hastalarla ilgili istatistiki bilgileri kayıt altına almakta kalite yönetim birimine bildirmektedir. Kalite yönetim birimi tarafından gecikmelerle ilgili analizler yapılmakta ve gerekli durumlara da düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmaktadır.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

6.1. SKS ADSH SETİ

6.2. Görüntüleme sonuç süreleri çizelgesi