

آیین نامه اجرائی اشتغال به کار بهداران تجربی دندان

(نامه شماره ۱/۲۲۴۷۹/ب/س مورخ ۸۴/۳/۲۸ معاونت سلامت و نامه شماره ۳۳۹۰۰ مورخ ۸۴/۲/۲۴ دفتر وزارتی)

مقدمه:

بر اساس قوانین اجازه استفاده قانونی از قانون اشتغال کمک دندانپزشکان تجربی مصوب سال ۱۳۶۶/۴/۷ و چگونگی تعیین وظایف و صلاحیت شاغلین حرف پزشکی و وابسته به آن مصوب ۱۳۷۶/۷/۲۷ مجلس شورای اسلامی (پیوست)، آیین نامه اجرایی فوق بشرح ذیل ابلاغ می گردد

فصل اول - تعاریف:

ماده ۱- بهدار تجربی دندان به شخصی اطلاق می شود که بر اساس قانون اجازه استفاده قانونی از قانون اشتغال کمک دندانپزشکان تجربی سال ۱۳۵۴ مصوب سال ۱۳۶۶ مجلس شورای اسلامی و برابر آیین نامه دارای شرایط ذیل باشد:

الف) متولد سال ۱۳۳۶ و ماقبل آن

ب) شرکت در امتحان مربوطه و اخذ گواهینامه قبولی معتبر از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبصره - گواهینامه قبولی صادره مجوزی برای ایجاد دفتر کار و یا تاسیس لابراتوار نمی باشد و دارندگان آن جهت پرداختن به اینگونه امور بایستی مجوزهای قانونی لازم (مجوز تاسیس محل کار) و از سوی این وزارتخانه اخذ نمایند ج) دارا بودن گواهینامه تحصیلی سوم راهنمایی قبل از سال ۱۳۵۴ تبصره - در صورت داشتن گواهینامه ششم ابتدائی قبل از سال ۱۳۵۴ بشرط شرکت در امتحانات قوه ای و قبولی در آن مدرک فوق معادل سوم راهنمایی محاسبه و پذیرفته می شود.

د) دارا بودن سابقه دندانسازی مستقل در سال ۱۳۵۴ و ماقبل آن (اوراق مالیاتی - حکم استخدام رسمی مراکز دولتی دندانسازی و ...)

ه- لیست افراد مشمول با توجه به شرایط بالا توسط اداره سلامت دهان و دندان اعلام و پس از آن به هیچ عنوان به لیست فوق الذکر افراد جدید اضافه نخواهد شد.

تبصره ۱- ارسال لیست مذکور تعهدی جهت اعطای مجوز بوجود نیاورده و مجوزی هم جهت فعالیت نمی باشد.

تبصره ۲- افرادی که دارای شرایط فوق نباشند و بعنوان بهدار تجربی دندان فعالیت نمایند عمل آنها طبق ماده ۱ و ۳ قانون مربوط به امور پزشکی و ماده ۳ آیین نامه سایر حرفه های پزشکی و وابسته پزشکی و اصلاحیه های بعدی آن دخالت غیر مجاز در امور پزشکی و تاسیس مرکز درمانی بدون مجوز محسوب و محل کار آنها بلافاصله توسط بازرسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پلمپ و به مراجع ذیصلاح قضائی معرفی می گردند.

ماده ۲- به منظور رعایت اختصار در این آیین نامه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ((وزارت متبوع)) به دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ((دانشگاه / دانشکده)) و به محل کار بهداران تجربی دندان ((محل کار)) گفته می شود.

فصل دوم - شرح وظایف و چگونگی فعالیت حرفه ای بهداران تجربی دندان:

ماده ۳- بهداران تجربی دندان پس از تأیید صلاحیت فنی و اخذ مجوز در محل کار خود فقط مجاز به انجام اعمال ذیل می باشند

الف) جرم گیری

ب) کشیدن دندان

تبصره - بهدار تجربی دندان، حق کشیدن دندان عقل، ریشه های باقیمانده، جراحی و زدن بخیه را ندارد
(ج) پرکردن سطحی دندان (ترمیم)

تبصره - بهدار تجربی دندان حق درمان ضایعات عصب دندان حتی در صورت باز شدن روی عصب را ندارد و در این موارد بیمار را باید به دندانپزشک ارجاع دهد.

(د) دندانسازی فقط در حد پروتز متحرک (کامل و پارسیل آکریلی)

تبصره ۱- بهدار تجربی دندان حق گذاشتن پروتزهای ثابت را ندارد.

تبصره ۲- بهدار تجربی دندان فقط می تواند شخصاً کارهای لابراتواری بیمارانی که به محل کار وی مراجعه می نمایند را انجام (فقط پروتز متحرک) و حق قبول کارهای لابراتواری از مطبها یا محلهای کار دیگر، تاسیس لابراتوار و بکارگیری شخص دیگر بعنوان شاغل فنی را ندارد.

ه- محل انجام کارهای دندانسازی در حد شرح وظیفه بایستی از محل پذیرش بیمار جدا باشد.

تبصره ۱- وجود وسایل کلینیکی و لابراتواری پروتزهای ثابت، ارتودنسی، وسایل درمان ریشه، وسایل جراحی و بطور کلی کلیه آلات و ملزومات کلینیکی و لابراتواری خارج از شرح وظیفه در محل کار ممنوع می باشد.

(و) بهدار تجربی دندان حق هیچگونه نسخه نویسی، تجویز یا تحویل دارو را نداشته در صورت ضرورت بایستی بیمار را به پزشک یا دندانپزشک ارجاع دهد.

(ز) انجام رادیو گرافی توسط بهدار تجربی دندان و وجود دستگاه مربوطه در محل کار ممنوع می باشد.

ماده ۴- بهدار تجربی دندان بایستی جهت انجام فعالیت در حد شرح وظیفه مندرج در این آیین نامه در دوره آموزش کوتاه مدت پیش بینی شده توسط وزارت متبوع شرکت نماید.

الف) اداره سلامت دهان و دندان موظف است برنامه ریزی لازم را جهت برپایی دوره مذکور انجام و با همکاری سایر نهادها، موسسات قانونی و انجمنهای صنفی نسبت به برگزاری آن اقدام و در صورت لزوم جهت برگزاری مجوز صادر نماید.

ب) بدون شرکت در دوره فوق فعالیت بهداران در حیطه شرح وظیفه ممکن نخواهد بود.

فصل سوم - شرایط و تجهیزات لازم در محل کار

ماده ۵- محل کار بهدار تجربی دندان می بایست بر اساس معیارهای بهداشت محیط شامل موارد ذیل باشد.

الف) بهداشت محیط دفتر کار این افراد باید طوری باشد که قابل شستشو و تمیز کردن باشد و کف آن از مصالح مقاوم، قابل شستشو و دارای دستشویی در دسترس باشد.

ب) در دستشویی و توالت صابون مایع و دستمال کاغذی موجود باشد.

ج) دیوارها باید دارای رنگ آمیزی قابل شستشو و یا کاشی کاری باشد.

د) فضا باید دارای نورگیر بوده و بهداشت درب و پنجره ها کاملاً رعایت شود.

ه) مساحت محل کار باید حداقل ۴۰ متر، دارای ۲ اتاق و یک قسمت پذیرایی شامل لابراتوار، محل نصب یونیت و اتاق انتظار آبدارخانه و سرویس بهداشتی باشد.

و) به منظور رعایت بهداشت فردی بهدار تجربی دندان باید حین کار روپوش سفید، دستکش، ماسک و عینک داشته باشد.

ز) تجهیزات و مواد مصرفی محل کار بهدار تجربی دندان در حد شرح وظیفه نامبردگان می بایست مطابق استانداردهای تعیین شده معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) که به تایید بازرسان وزارت متبوع یا معاونت درمان دانشگاه محل احداث دفتر کار می رسد باشد.

تبصره ۱- بمنظور جلوگیری از شیوع بیماریهای عفونی و کنترل عفونت استفاده از اتوکلاو و سایر تجهیزات و موارد موثر مورد تایید وزارت متبوع (اداره سلامت دهان و دندان) در محل کار بهدار تجربی دندان الزامی می باشد .

تبصره ۲- به منظور پیشگیری از حوادث احتمالی وجود وسایل و ست احیا از قبیل کپسول اکسیژن، آمبویگ و ... در محل کار الزامی می باشد .

ح) نصب اصل مجوز فعالیت که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صادر می گردد در معرض دید عموم آزرامی است .

ط) نصب تابلوی شرح وظایف که توسط اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تهیه می گردد در محل کار الزامی است...

ی) محل کار بهدار تجربی دندان با تعیین معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی مربوطه فقط یک باب با آدرسی که در مجوز درج می گردد بوده و هر گونه تغییر مکان بدون اطلاع کتبی و اجازه معاونت مربوطه ممنوع می باشد .

فصل چهارم - شرایط تهیه تابلو - مهر - سر برگ و کارت ویزیت :

ماده ۶- بهدار تجربی می بایست نسبت به نصب تابلو در سر در محل کار یکعدد (و در صورت لزوم حداکثر دو تابلو یکی روی ساختمان محل کار و دیگری در محل ورودی کوچه) اقدام نماید

تبصره - شرایط نصب تابلو بر اساس ضوابط شهرداری محل بوده و کسب مجوزهای لازم در این ارتباط بر عهده ذینفع می باشد

الف) اندازه تابلو می بایست ۷۰×۵۰ سانتی متر باشد .

ب) عنوان روی تابلو می بایست مطابق نمونه با حروف کاملاً یکسان در یک سطر ساده و یک رنگ بدون هیچگونه شکل یا آرم خاص باشد .

نام و نام خانوادگی بهدار تجربی دندان

ماده ۷- سر برگ و مهر بهداران تجربی بایستی مطابق موارد ذیل باشد .

الف) سر برگ بهداران تجربی دندان فقط بایستی حاوی مندرجات ذیل بوده ، آوردن مطالب اضافی در آن ممنوع می باشد .

ب) نام و نام خانوادگی بهدار تجربی دندان ، شماره مجوز ، نام بیمار ، تاریخ ، آدرس و تلفن محل کار ساعات پذیرایی مراجعین

ج) بهدار تجربی دندان مجاز است فقط جهت مهور نمودن فاکتور و یا گواهی انجام خدمت مبادرت به تهیه مهر با مشخصات ذیل نماید .

نام نام خانوادگی بهدار تجربی دندان شماره مجوز.....
--

فصل پنجم - چگونه انجام تعهدات موضوع تبصره ۳ قانون فوق و یا تعلیق آن

ماده ۸- به منظور اجرای تبصره ۳ قانون ، بهدار تجربی دندان بایستی جهت انجام تعهدات به گونه ذیل عمل نماید .

تبصره - معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) مجاز است قسمتی یا تمامی تعهدات را با توجه به شرایط خاص (سن - بیماری و ...) به مدت معین تعلیق نماید .

الف) تکمیل فرم درخواست در دو نسخه از طرف بهدار تجربی دندان جهت انجام تعهدات (فرم شماره ۱) و تایید آن توسط معاونت درمان دانشگاه / دانشکده

تبصره ۱ - افراد واجد شرایط به جای درخواست انجام تعهدات با ارائه مدارک لازم درخواست تعلیق طرح را نموده (برابر فرم شماره ۳) و این درخواست بایستی مورد موافقت معاونت درمان و داروی مربوطه و اداره سلامت دهان و دندان قرار گیرد .

تبصره ۲ - در صورت درخواست فرد جهت انجام تعهدات در حوزه غیر از استان مربوط به صدور گواهینامه موافقت دانشگاه / دانشکده مبدا و مقصد الزامی می باشد .

ب) تحویل اصل گواهینامه قبولی، تصویر برابر اصل تمامی صفحات شناسنامه و ۳ قطعه عکس تمام رخ سال جاری، عدم سو پیشینه کیفری و عدم اعتیاد، کارت واکسیناسیون علیه هپاتیت B و کارت صحت سلامت

ج) تایید شرایط محل کار توسط بازرسان معاونت درمان (مطابق چک لیستهای ارسالی اداره سلامت دهان و دندان)

د) نداشتن منع قضایی و بهداشتی جهت فعالیت در حدود شرح وظایف

ه) تحویل اصل تمامی مدارک تجربی شامل - تبصره ۵، کمک دندانپزشک تجربی، کمک تکنسین دندانسازی، تکنسین تجربی لابراتوار و ... سپردن تعهد کتبی مبنی بر نداشتن مدارک فوق و در صورت عدم صحت ابطال مجوز در هر زمان ممکن

و) واریز مبالغ حق صدور و حق تمبر به حسابهای مربوطه

بانک ملی خزانه داری کل به نام وزارت بهداشت

۹۰۰۰ → ۲۲۵

بانک ملی شعبه حمایت از مصرف کننده به نام دارایی کد ۵۶۰

۱۰/۰۰۰ → ۹۰۰۲۵

ز) صدور فرم انجام تعهدات در سه نسخه (فرم شماره ۲) در صورت موافقت با گذراندن تعهدات در مناطق تحت پوشش (یک نسخه اصل، دو نسخه کپی) با شماره امضا و مهر معاونت درمان مربوطه

ح) ارسال اصل تمامی مدارک به اداره سلامت دهان و دندان

ط) اداره سلامت دهان و دندان پس از بررسی مدارک در صورت موافقت با انجام تعهدات در منطقه مورد نظر فرم مذکور را مهر، امضا و کدگذاری می نماید .

تبصره - اداره سلامت دهان و دندان جهت مهر و امضا بایستی تاییدیه شرکت در دوره آموزشی (موضوع ماده ۴ این آیین نامه) را دریافت نماید .

ی) عودت دو نسخه فرم پس از مهر و امضا به معاونت درمان و دارو جهت تحویل به متقاضی و نگهداری سابقه .

ک) بهدار تجربی دندان موظف می باشد بعد از دریافت پروانه موقت حداکثر به مدت ده روز شروع فعالیت خود را به شبکه بهداشت و درمان مربوطه جهت اقدامات قانونی لازم گزارش نموده و مجاز به داشتن هیچ محل کار دیگری غیر از آنچه در مجوز موقت ذکر گردیده نمی باشد .

تبصره - فرم مذکور به عنوان مجوز موقت بوده و فقط در آدرس تعیین شده و با مهر و امضای توأم اداره سلامت دهان و دندان و معاونت درمان و داروی دانشگاه / دانشکده مربوطه و کد تخصیصی معتبر بوده و در صورت عدم شروع تعهدات به محض گزارش شبکه مربوطه باطل بوده و مراتب بایستی به اداره سلامت دهان و دندان اطلاع و فرم نیز عودت گردد

فصل ششم - شرایط اخذ مجوز پس از انجام تعهدات موضوع تبصره ۳ قانون و یا تعلیق آن

ماده ۹ - جهت فعالیت بهداران تجربی دندان طی مراحل ذیل مجوز محل کار صادر می شود .

تبصره - مشخصات بهدار تجربی می بایست در لیست ارسالی اداره سلامت دهان و دندان موجود باشد.

الف) تکمیل فرم درخواست صدور مجوز فعالیت از طرف ذینفع (فرم شماره ۴)

ب) تحویل اصل گواهینامه قبولی، فتوکپی برابر اصل تمام صفحات شناسنامه همراه با ۳ قطعه عکس ۴×۶ تمام رخ سال جاری، گواهی عدم سو پیشینه، عدم اعتیاد، کارت واکسیناسیون علیه هپاتیت B و کارت صحت سلامت

ج) تایید شرایط محل کار بر اساس موارد مطروحه در این آیین نامه توسط بازرسان معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده و برابر چک لیست ارسالی اداره سلامت دهان و دندان

د) تاییدیه مبنی بر عدم دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی از معاونت درمان و دارو مربوطه

ه) نداشتن منع قضایی و بهداشتی جهت فعالیت در حدود شرح وظایف

و) تحویل تمامی مدارک تجربی شامل - اصل تبصره ۵ بهدار تجربی دندان، یا مدارک دیگر مربوط به این حرفه در صورت دارا بودن آنها و تعهد کتبی مبنی بر نداشتن مدارک فوق و در صورت تخلف ابطال مجوز در هر زمان

تبصره - هیچ شخصی به طور همزمان نمی تواند از مدارک کمک دندانپزشک تجربی - بهدار تجربی دندان - تبصره ۵ تکنسین تجربی لابراتوار و ... استفاده نماید

ز) در صورت درخواست جابجایی فرد از یک حوزه به حوزه دیگر جلب موافقت، معاونتهای درمان و دارو حوزه مبدا و مقصد الزامی می باشد .

ح) واریز مبالغ حق تمبر و حق صدور به حسابهای مربوطه

ط) تاییدیه پایان انجام تعهدات موضوع تبصره ۳ قانون برابر مقررات فصل ششم دستورالعمل همراه با تحویل اصل گواهینامه موقت و یا تاییدیه تعلیق طرح

تبصره - در صورتیکه شخصی بعد از قبولی در امتحان در منطقه محروم مشغول بکار بوده و این فعالیت مورد تایید معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده مربوطه قرار گیرد معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) می تواند به عنوان تعهدات از نامبرده بپذیرد .

ی) مسئولیت تطبیق، تکمیل و تایید مدارک ارسالی بر عهده معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده مربوطه می باشد .

ک) معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) مجاز است با توجه به شرایط خاص جهت افراد مشمول مجوز مشروط در تمام مناطق کشور صادر نماید .

ل) صدور سه نسخه مجوز فعالیت با شماره و مهر و امضا ریاست دانشگاه مربوطه و یا شخص مجاز از طرف ایشان، با تاریخ اعتبار دوساله برابر فرمت ارسالی پیوست آیین نامه (یک نسخه اصل، دو نسخه کپی)

تبصره - فرمت خام پروانه بایستی به تعداد نفرات از سوی معاونت سلامت (اداره سلامت دهان و دندان) تهیه و تحویل معاونت درمان مربوطه گردد .

م) ارسال اصل گواهینامه قبولی، اصل پروانه موقت یا تاییدیه پایان انجام تعهدات، نسخه دوم فرم درخواست (فرم شماره ۳) مجوزهای صادره و سار مدارک به اداره سلامت دهان و دندان .

ن) بررسی مدارک ارسالی توسط اداره سلامت دهان و دندان

تبصره - اداره سلامت دهان و دندان در بررسی مدارک موظف به روشن نمودن وضعیت شرکت فرد در دوره آموزشی (موضوع ماده ۴ آیین نامه) می باشد .

س) مهر و امضای مجوز صادره توسط معاونت سلامت یا شخص مجاز از سوی ایشان (در صورت تایید مدارک از سوی اداره سلامت دهان و دندان)

تبصره - اعتبار مجوز علاوه بر شرایط عمومی مشروط به عدم دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی و عدم تخلف یا جرم و با تایید معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه خواهد بود .

ع) ارسال دو نسخه از مجوزهای صادره به معاونت درمان و داروی دانشگاه / دانشکده جهت تحویل متقاضی و سابقه معاونت.

تبصره - مجوزهای مذکور فقط با امضا و مهر توأم ریاست دانشگاه / دانشکده یا شخص مجاز از طرف ایشان و معاونت سلامت یا شخص مجاز از طرف وی معتبر می باشد .

ف) فعالیت بدون اخذ مجوز معتبر ، تاسیس مرکز درمانی بدون مجوز و دخالت غیر مجاز در امور پزشکی و دندانپزشکی محسوب و برابر قانون و مقررات محل کار توسط بازرسان وزارت متبوع یا معاونت درمان دانشگاه مربوطه پلمپ و پرونده به مراجع قضایی ذیصلاح ارسال می گردد.

فصل هفتم - شرایط تمدید یا تعویض مجوز فعالیت :

ماده ۱۰ - به منظور ارتقای سطح علمی مشمولین قانون مذکور و نظارت بهتر بر عملکرد آنان مجوز محل کار هر دو سال یک بار بر اساس ضوابط و شرایط اعلام شده ذیل می بایست تمدید گردد.

الف) تکمیل فرم درخواست تمدید حداقل ۲ ماه قبل از پایان اعتبار مجوز نزد معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه (فرم شماره ۵)

ب) نداشتن هیچگونه سابقه دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی (تخطی از شرح وظایف)

ج) ارائه اصل مجوز قبلی

د) تایید مجدد شرایط محل کار بر اساس موارد مطروحه آیین نامه و چک لیستهای ارسالی اداره سلامت دهان و دندان

ه) گذراندن دوره بازآموزی سالیانه

تبصره - دوره های بازآموزی هر ساله با مجوز و نظارت اداره سلامت دهان و دندان برگزار و اسامی شرکت کنندگان به معاونتهای مربوطه اعلام می شود .

و) گواهی رضایت معاونت درمان و دارو دانشگاه / دانشکده مبنی بر حسن خدمت در منطقه

ز) نداشتن شرایطی که منجر به ابطال و یا توقیف مجوز می گردد.

ح) تمدید مجوز قبلی بر اساس ضوابط اعلام شده از سوی اداره سلامت دهان و دندان

تبصره - ضوابط موضوع این بند طی دستورالعمل جداگانه ای توسط معاونت سلامت ابلاغ خواهد گردید

ط) ارسال تصویر مجوز تمدید شده به اداره سلامت دهان و دندان

ماده ۱۱ - مجوزهایی صادره بنا به صلاحدید وزارت متبوع بعد از گذشت ۱۰ سال (۵ دوره تمدید) تعویض می گردد.

تبصره - شرایط تعویض همانند دریافت آن خواهد بود.

فصل هشتم - تخلفات :

ماده ۱۲ - تخلف از مفاد این آیین نامه مطابق قوانین مربوطه ، دخالت غیر مجاز در امور پزشکی محسوب و برابر موارد ذیل اقدام خواهد شد

الف) تذکر کتبی با قید موضوع در صورتجلسه بازرسی توسط دانشگاه ذیربط برای بار اول

ب) در صورت تکرار و عدم توجه به اخطارهای قبلی ، محل کار تعطیل شده مجوز تعلیق می گردد و موضوع به کمیسیون

ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی ارجاع خواهد شد .

ج) تصمیمات کمیسیون مذکور و آرا محاکم قضایی جهت اجرا در کمیسیون مربوطه بررسی تصمیم مقتضی نظیر تعطیلی موقت، دائم، ابطال مجوز و ... اتخاذ خواهد شد.

ماده ۱۳- تمامی بهداران تجربی دندان حداکثر ۶ ماه جهت تطبیق خود با این آیین نامه و دریافت مجوز فعالیت، مهلت دارند بعد از اتمام مهلت فوق و در صورت اشتغال بکار بدون مجوز معتبر محل کار پلمپ و پرونده آنان به اتهام تاسیس مرکز درمانی بدون مجوز و دخالت غیر مجاز در امور پزشکی به مراجع ذیصلاح قضائی ارسال می گردد.

ماده ۱۴- این آیین نامه در هشت فصل، ۱۴ ماده، ۶۹ بند و ۲۷ تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۲/ تنظیم و لازم الاجرا می باشد ضمناً کلیه دستورالعملها و بخشنامه های مغایر، ملغی اعلام می گردد.

((پیوست))

ماده واحده قانون ۱۳۶۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است یک بار دیگر از شاغلین امور دندانسازی جا مانده از امتحان سال ۱۳۵۴ آزمون بعمل آورد.

تبصره ۱- از کسانی امتحان بعمل می آید که در سال ۵۴ و یا قبل از آن دارای محل کار مستقل بوده اند.

تبصره ۲- هزینه آزمون مزبور از شرکت کنندگان به عنوان ثبت نام دریافت خواهد شد.

تبصره ۳- پذیرفته شدگان در آزمون فوق الذکر متعدد و موظفند ۵ سال در روستاها و بخشها و شهرهای محروم با تعیین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خدمت نمایند.

تبصره ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش جهت نامبردگان در مدت تعهد خدمت پروانه بهدار تجربی دندان به نام نقاط تعیین شده صادر خواهد کرد.

تبصره ۵- پروانه متخلفین از تعهد فوق الذکر به هر نحو که باشد باطل خواهد شد.

تبصره ۶- در صورت انجام تعهد فوق الذکر پروانه اشتغال در سراسر کشور باستثنا مراکز استان برای نامبردگان صادر خواهد شد.

ماده واحده قانون ۱۳۷۶- وظایف و صلاحیت شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته به آن بر اساس قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و سایر قوانین مربوطه مطابق آیین نامه هایی خواهد بود که توسط سازمان نظام پزشکی تهیه و به تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می رسد.

تبصره ۱- چنانچه سازمان نظام پزشکی ظرف مدت شش ماه از تصویب این قانون اقدام به تهیه آیین نامه های موضوع ماده واحده بالا ننماید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است پس از کسب نظر از سازمان نظام پزشکی اقدام به تهیه یا اصلاح آیین نامه های لازم کند.

تبصره ۲- شاغلان حرفه وابسته به گروه پزشکی در صورتیکه از حدود وظایف تعیین شده تجاوز نمایند مشمول قانون اصلاح ماده (۳) قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی مصوب ۱۳۷۴/۱/۲۹ خواهند شد.

تبصره ۳- گروههایی که به موجب قوانین خاص مجاز به فعالیت شده اند نیز مشمول مقررات این قانون خواهند بود.

فرم شماره ۱

فرم درخواست انجام تعهدات پنجساله موضوع تبصره ۳ قانون اجازه استفاده قانونی از قانون کمک دندان پزشکان تجربی

مصوب سال ۱۳۶۶ مجلس شورای اسلامی مطابق آیین نامه شماره مورخ.....

معاونت محترم درمان و دارو دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب
فرزند
شماره شناسنامه
صادره
متولد
که در امتحان بهداران دندان شرکت و گواهینامه قبولی به شماره
کد
را دریافت نموده ام. ضمن تعطیلی محل کار فعلی خود با تحویل اصل گواهینامه فوق و سایر مدارک تجربی با توجه به تبصره ۳ قانون، خواهان انجام تعهدات خود در مناطق تحت پوشش آن معاونت می باشم. خواهشمند است دستور فرمایید در آن خصوص اقدام لازم مبذول گردد. ضمناً متعهد می گردم صرفاً در محل تعیین شده و فقط در حد شرح وظیفه فعالیت نموده و مدارک تجربی دیگری ندارم و در صورت تخلف برابر قانون و مقررات با اینجانب رفتار و مجوز ابطال گردد و حق هیچگونه اعتراض و ادعایی را نخواهم داشت.

امضا و اثر انگشت درخواست کننده

آدرس فعلی محل فعالیت :

محل تعیین شده جهت انجام تعهدات :

محل کار فعلی نامبرده با توجه به بازدید مورخ
تعطیل می باشد .

مدارک پیوست :

۱- ۳ قطعه عکس ۳×۴

۵- گواهی عدم سو پیشینه و عدم اعتیاد

۲- اصل گواهینامه قبولی

۶- اصل فیشهای واریز شده

۳- فتوکپی برابر اصل صفحات شناسنامه

۷- کارت واکسیناسیون علیه هیپاتیت و صحت سلامت

۴- فتوکپی برابر اصل کارت پایان خدمت

تحویل گیرنده - امضا

فرم شماره ۲

فرم انجام تعهدات موضوع تبصره ۳ قانون اجازه استفاده قانونی از قانون کمک دندانپزشکان تجربی سال ۱۳۵۴

مصوب سال ۱۳۶۶ (مجوز موقت)

باستناد تبصره چهارم قانون فوق و با عنایت آیین نامه اجرایی شماره

محل کار آقا / خانم
فرزند
شماره شناسنامه

متولد
صادره

در:

تعیین می گردد تا با رعایت قوانین و مقررات در حد شرح وظیفه بهداران تجربی دندان (ترمیم دندان - جرم گیری

- کشیدن دندان بجز دندانهای عقل و ریشه باقیمانده - پروتز فقط متحرک آکریلی) و برابر آیین نامه فوق فعالیت

نماید

تذکر :

۱- این مجوز فقط جهت انجام تعهدات و در آدرس تعیین شده معتبر می باشد .

۲- مدت اعتبار این مجوز از تاریخ صدور بمدت دو سال بوده و پس از آن برابر آیین نامه فوق تمدید خواهد

گردید .

- ۳- تمدید این مجوز منوط به شرکت در دوره بازآموزی سالیانه اداره سلامت دهان و دندان می باشد .
- ۴- نصب اصل این مجوز در محل دید عموم الزامی می باشد .
- ۵- تخلف از قوانین و مقررات ، آئین نامه ها ، عدم شروع تعهدات ، باعث ابطال مجوز بااستناد تبصره ۵ قانون خواهد بود .

فرم شماره ۳

درخواست مجوز مشروط بعد از انجام تعهدات و یا تعلیق تعهدات موضوع تبصره ۳ قانون اجازه استفاده قانونی از قانون کمک دندانپزشکان تجربی مصوب سال ۱۳۶۶ مطابق آئین نامه اجرایی

معاونت محترم درمان و دارو

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب فرزند شماره شناسنامه صادره متولد
 که در امتحان بهداران تجربی دندان شرکت و گواهینامه قبولی به شماره
 استان را دریافت نموده ام . با تحول اصل گواهینامه فوق و سایر مدارک تجربی با توجه به انجام تعهد
 ۵ ساله موضوع تبصره ۳ قانون -تعلیق طرح (مدارک پیوست) خواهان دریافت مجوز مشروط فعالیت در مناطق تحت
 پوشش آن معاونت می باشم . خواهشمند است دستور فرمائید در این خصوص اقدام لازم مبذول نمایند
 ضمناً اینجانب متعهد به فعالیت در حد شرح وظیفه بهداران تجربی دندان مطابق مقررات و دستورالعمل ها و فقط در
 آدرس تعیین شده بوده و مدارک تجربی دیگری ندارم و در صورت تخلف برابر قانون ومقررات با اینجانب خود و مجوز
 نیز ابطال گردد و حق هیچگونه ادعا و اعتراضی نخواهم داشت .

مدارک پیوست :

- ۱- ۳-۱ قطعه عکس ۳×۴
- ۲- فتوکپ برابر اصل کارت پایان خدمت
 هپاتیت B
- ۳- فتوکپی برابر اصل صفحات شناسنامه
- ۴- اصل گواهینامه قبولی
- نشانی محل درخواست مجوز

امضا و اثر انگشت متقاضی :

تاریخ

فرم شماره ۴
فرم درخواست تعلیق تعهدات ۵ ساله

معاونت محترم درمان و دارو
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم
احتراماً اینجانب
فرزند
شماره شناسنامه
صادر
کد ملی
متولد
که در امتحان بهداران تجربی دندان قبول و گواهینامه قبولی دریافت داشته
و در طرح شناسایی بهداران تجربی دندان به عنوان بهدار تجربی دندان شناخته شده ام
با توجه به موارد ذیل
۱-
۲-
۳-

خواهان تعلیق تعهدات پنجساله موضوع تبصره ۳ قانون و دریافت مجوز مشروط می باشم خواهشمند است در صورت امکان
دستور مساعدت لازم صادر فرمائید .

نام نام خانوادگی و امضا
تاریخ

فرم شماره ۵
فرم درخواست تمدید مجوز

معاونت محترم درمان و دارو
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً اینجانب فرزند شماره شناسنامه صادره متولد
دارای گواهینامه قبولی به شماره کد شماره اشتغال شماره
که در تاریخ

مهلت اعتبار مجوز اینجانب به اتمام میرسد خواهان تمدید اعتبار آن بر اساس دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشم .

نام و نام خانوادگی و امضا
تاریخ

مدارک لازم جهت دریافت پروانه تأسیس لابراتوار پروتزهای دندانی

- ۱- تکمیل و امضای فرم درخواست و پرسشنامه
- ۲- تکمیل و امضای فرم تعهدنامه (شماره ۳)
- ۳- ارائه اصل کپی عدم اعتیاد و عدم سوء پیشینه
- ۴- دو سری تصویر برابر اصل تمام صفحات شناسنامه
- ۵- اصل و کپی کارت واکسیناسیون علیه هپاتیت و صحت سلامت
- ۶- اصل و کپی تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان برای فارغ التحصیلان دانشگاههای سراسری
- ۷- تصویر برابر اصل کارت پایان خدمت یا معافیت
- ۸- ۲ عدد کپی برابر اصل پایان طرح نیروی انسانی و یا معافیت از طرح برای فارغ التحصیلان داخلی
- ۹- چهار قطعه عکس ۳×۴ تمام رخ سال جاری
- ۱۰- اصل و کپی فیشهای واریز شده حق تمبر و حق صدور
- ۱۱- اصل و دو عدد تصویر برابر اصل اجازه نامه یا سند معتبر مالکیت محل کار جهت تأسیس لابراتوار
- ۱۲- اصل و کپی گواهی عدم نیاز در ساعات غیر اداری جهت مستخدمین دولت
- ۱۳- اصل و ۲ عدد تصویر برابر اصل دانشنامه پایان تحصیلات
- ۱۴- اصل و ۲ عدد تصویر برابر اصل دانشنامه تأیید شده فارغ التحصیلان خارجی توسط وزارت متبوع
- ۱۵- تحویل اصل کلیه مدارک تجربی (جهت افراد تجربی ذیصلاح دریافت مجوز)

مراحل چگونگی دریافت، تمدید و تعویض مجوز تأسیس لابراتوار

- ۱- تحویل مدارک درخواستی به معاونت درمان دانشگاه/دانشکده مربوطه
 - ۲- بررسی و تأیید مدارک توسط کارشناسان معاونت درمان
 - ۳- تأیید کارشناس نظارت بر امور دندانپزشکی مبنی بر عدم دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی
 - ۴- ارسال اصل و یک سری کپی برابر اصل شده مدارک به اداره سلامت دهان و دندان
- تبصره:** جهت فارغ التحصیلان دانشگاهی داخل پس از بررسی و تأیید صلاحیت توسط معاونت، یک سری کپی برابر اصل از تمامی مدارک و یک قطعه عکس جهت حفظ سابقه به هنگام دریافت کد اختصاصی به اداره سلامت دهان و دندان
- ۵- تخصیص کد همراه با ارسال موافقت اصولی به معاونت درمان و دارو

تبصره ۱: پس از ارسال موافقت و شماره اختصاصی متقاضی حداکثر ۲ هفته بعد از ابلاغ معاونت ملزم به شروع سایر مراحل قانونی جهت دریافت مجوز می باشد.

تبصره ۲: در صورتیکه یک ماه پس از ابلاغ معاونت متقاضی اقدامی جهت دریافت مجوز ننماید موافقت اصولی و شماره اختصاصی کان لم یکن و مراتب به اداره سلامت دهان و دندان اعلام می گردد.

۶- تأیید شرایط محل کار توسط بازرسان معاونت درمان

۷- صدور مجوز لابراتوار برابر فرم ارسالی (حاشیه آن آبی و در متن ارم جمهوری اسلامی درج گردد) توسط معاونت درمان با تاریخ اعتبار ۲ ساله

۸- ارسال تصویر پروانه صادره به اداره سلامت دهان و دندان جهت حفظ سابقه.

چگونگی تمدید و تعویض مجوز

۱- درخواست کتبی ۲ ماه قبل از پایان اعتبار

۲- گذراندن دوره بازآموزی سالیانه

۳- تأیید کارشناس نظارت بر درمان مبنی بر عدم دخالت غیر مجاز در امور دندانپزشکی

۴- ارائه اصل مجوز اصلی

۵- واریز فیشهای حق تمبر و صدور

۶- تأیید شرایط محل کار

۷- تمدید یا تعویض مجوز توسط معاونت درمان

۸- ارسال تصویر به اداره سلامت دهان و دندان