

Қазақстан Республикасы Денсаулық  
сақтау министрінің 2020 жылғы 21  
желтоқсандағы № ҚР ДСМ-309/2020  
бұйрығы

"Денсаулық сақтау субъектісінің ауданы"

әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Әкімшілік деректер нысаны интернет-ресурста орналастырылған:  
<https://www.dsm.gov.kz>

Индекс: 2-ДСА

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті денсаулық сақтау субъектілері

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Бөлімше атауы (мысал)	Аудан бойынша мәлімет, м2
1	2	3
1	Қаржылық блок	
2	Кадр бөлімі	
3	Әкімшілік	
4	Кір жуатын орын	
5	Тағам блогы/Асхана/Тамақтану	
6	Тасымалдау (көлікжай)	
7	Медициналық статистика кабинеті	
8	Орталық залалсыздандыру бөлімшесі	
9	Дәріхана	
10	Рентген бөлімшесі (сәулелі диагностика)	
11	Ағзаны ультрадыбыстық зерттеу мен функционалды диагностика бөлімшесі	
12	Зертхана	
13	Физиотерапия	
14	Эндоскопия бөлмесі	
15	Амбулаториялық бөлімше	
16	Мәйітхана	
17	Қабылдау бөлімі	
18	1-операция блогы	
19	2-операция блогы	
20	АРҚТБ ересектер	
21	АРҚТБ балалар	

22	1-бөлімше	
23	2-бөлімше	
24	3-бөлімше	
25	4-бөлімше	
Қорытынды		

Аббревиатуралардың толық жазылуы:

АРҚТБ – анестезиология, реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі.

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы: \_\_\_\_\_

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық бөлімшесінің басшысы:

\_\_\_\_\_

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты орындаушы: \_\_\_\_\_

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: \_\_\_\_\_

Орындаушының электрондық мекенжайы: \_\_\_\_\_

Әкімшілік деректерді жинауға  
арналған нысанға қосымша  
"Денсаулық сақтау  
субъектісінің ауданы

Әкімшілік деректерді жинауға арналған "Денсаулық сақтау  
субъектісінің ауданы" нысанын толтыру бойынша түсіндірме

1 тарау. Жалпы ережелер

1. Осы түсіндірме "Денсаулық сақтау субъектісінің ауданы" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысанды (бұдан әрі – Нысан) толтыру бойынша бірыңғай талаптарды айқындайды.

2. Нысанды денсаулық сақтаудың референттік субъектілері толтырады және жұмыс органына ұсынады.

3. Нысанға денсаулық сақтау субъектілері болып табылатын ұйымның басшысы не оның міндетін атқаратын адам тегін және аты-жөнін көрсете отырып, қол қояды.

4. Нысан хабарламаны алған күннен бастап 10 жұмыс күні ішінде ұсынылады.

5. Нысан мемлекеттік және орыс тілдерінде толтырылады.

6. Бөлімшелердің атауы мен саны 8 және 9-қосымшалардағы бөлімшелердің атауларына сәйкес келуі тиіс.

2 тарау. Нысанды толтыру

7. 1-бағанда реттік нөмірі көрсетіледі.

8. 2-бағанда зерттелетін кезеңдегі денсаулық сақтау субъектісінің бекітілген штат кестесіне сәйкес бөлімшенің атауы көрсетіледі.

9. 3-бағанда денсаулық сақтау субъектісінің техникалық паспортына сәйкес ауданы бойынша м2-дегі деректер көрсетіледі.