附件

北京市公立医疗机构特需医疗服务公示信息确认表

医疗机构全称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 开展特需服务区域（门诊区域） | | | | | |
| 位置描述 | 内设临床科室 | | 使用面积  （平方米） | | 诊室数  （个） |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 开展特需服务区域（病房区域） | | | | | |
| 位置描述 | 内设临床科室 | | 使用面积  （平方米） | | 床位数  （张） |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 医生出诊单元安排 | | | | | |
| 门诊类别 | | 全院月均  出诊单元数 | | 备注 | |
| 普通门诊（主治医师及以下） | |  | |  | |
| 专家门诊（副主任医师） | |  | |  | |
| 专家门诊（主任医师） | |  | |  | |
| 专家门诊（知名专家） | |  | |  | |
| 特需门诊（全部） | |  | |  | |
| 其中：特需门诊（夜门诊） | |  | | 不计入10% | |
| 特需门诊（节假日门诊） | |  | | 不计入10% | |
|  | |  | |  | |

填表人姓名： 部门及职务： 联系电话：