附件2

体检医疗机构遴选文件内容及格式

体检医疗机构名称（公章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名 称** | **具体情况** | **说 明** |
| 1 | 健康体检许可 |  | 取得健康体检执业许可 |
| 2 | 营业时间 |  | 节假日及周末是否营业，及营业的具体时间点。 |
| 3 | 医资力量 |  | 确保体检质量所需医资力量 |
| 4 | 医疗设备 |  | 满足体检项目所需的医疗设备 |
| 5 | 服务体系 |  | 个人完成所有体检项目所需要的时间、是否是同一地点，及其他情况。 |
| 6 | 体检质量保证 |  | 如体检人对体检结果有异议，如何响应、处理等。 |
| 7 | 治疗服务方案 |  | 如体检发现异常，是否给予医疗建议，或需进一步治疗的，在本院内就医的，有无绿色通道（含复检、挂号、办理住院、专家会诊）等情况。 |
| 8 | 体检预约响应时间 |  | 体检前是否需要预约，预约后多长时间可以开展体检等。 |
| 9 | 业绩 |  | 尤其是近3年承担市直单位干部职工体检情况。 |
| 10 | 报价 |  | 在市卫健委指导价格基础上的优惠价格，或指导价格基础上增加的体检项目。 |
| 11 | 其他需要说明的情况 |  |  |