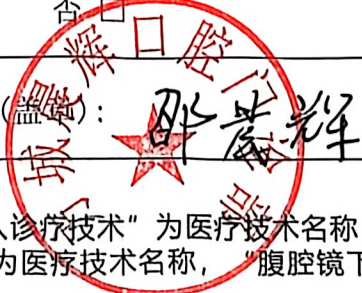


河南省限制类医疗技术临床应用备案表

一、医疗机构基本信息				
医疗机构名称 (盖章)	方城晨辉口腔门诊部		等级/类别	门诊部
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	刘金砖	所在部门	行政管理	联系电话 15638989926
二、申请备案限制类医疗技术信息				
技术类别(打勾)	国家限制类 ☐ 省级限制类 ☒			
备案类别(打勾)	首次备案 ☒ 首例开展日期: 2025年11月29日, 申请备案日期: 2025年12月10日			
	重新备案 ☐ 既往备案日期: 年 月 日, 申请备案日期: 年 月 日			
医疗技术名称 (请务必按照附件1、2 所列名称, 规范填写)	_____口腔种植诊疗_____技术			
	如以上申请备 案技术包含分 项技术, 请在 右侧栏目分别 注明			
		应用科室名称		
具备资质 人员信息 (可另附页)	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号
	霍元元	120411322000010		

三、自查评估信息		
1. 所依据的医疗技术管理规范/专家共识名称	《口腔种植技术管理规范》	
2. 评估形式(打勾)	管理委员会 ☒	
	参会人员: 刘金砖 霍元元 李军 刘彦江 张子娟 李明慧 郑爽	
	伦理委员会 ☒	
	参会人员: 刘金砖 霍元元 李军 刘彦江 张子娟 李明慧 郑爽	
	其他形式(请具体说明):	
3. 评估主要内容	我院有卫生部门核准登记的口腔科诊疗项目, 有独立种植手术室, 装备口腔种植动力系统、种植外科器械、种植修复器械及相关专用器械。具备CBCT影像诊断设备及诊断能力。医师具有医学专业本科及以上学历的医师, 接受种植学培训, 经考核合格。	
4. 评估结果(打勾)	是否符合相应医疗技术管理规范要求: 是 ☒ 否 ☐	
四、医疗机构意见		
是否同意开展该类别技术(打勾)		是 ☒ 否 ☐
法定代表人意见	同意	签字(盖章): 

说明:

- 关于医疗技术名称规范填写: 如“神经血管介入诊疗技术”为医疗技术名称, “颅内动脉瘤血管内治疗术”为分项技术名称; 再如“妇科内镜”为医疗技术名称, “腹腔镜下卵巢癌全面分期手术”为分项技术名称。
- 关于评估主要内容: 须严格根据其功能、任务和自身条件、能力等, 综合评估是否符合国家和我省要求, 以及建立完善相关技术临床应用管理制度等情况