

Görev Unvanı	Odyometri Teknikeri
Başkanlık ve Birim	Kulak Burun Boğaz (KBB) / Odyoloji Ünitesi
Bağlı Olduğu Yönetici	KBB Sorumlu Hekimi / Hemşirelik Hizmetleri
Altında Bağlı Görev Unvanları	—
Görevin Kısa Tanımı	Odyometri Teknikeri; işitme değerlendirmelerine yönelik testleri hekim istemi doğrultusunda uygulayan, sonuçların doğru şekilde kayıt ve raporlanmasını sağlayan, hasta güvenliği ve Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) doğrultusunda çalışan sağlık personelidir.
Görev ve Sorumlulukları	HASTA HAZIRLIĞI ve İLETİŞİM: 1. Odyometri testleri öncesi hasta kimlik doğrulamasını yapar. 2. Hastaya yapılacak testler hakkında bilgi verir. 3. Hasta mahremiyeti ve gizliliğini sağlar. ODYOMETRİ TESTLERİ: 4. Saf ses odyometrisi, konuşma odyometrisi ve timpanometri testlerini uygular. 5. Hekim istemine uygun olarak gerekli işitme testlerini gerçekleştirir. 6. Test sonuçlarını doğru ve eksiksiz şekilde kayıt altına alır. CİHAZ ve MALZEME YÖNETİMİ: 7. Odyometri cihazlarının günlük çalışırılık kontrollerini yapar. 8. Cihazların kalibrasyon süreçlerini takip eder. 9. Arıza durumlarında biyomedikal birimle iletişime geçer. KAYIT, RAPORLAMA ve KALİTE: 10. Test sonuçlarını HBYS sistemine eksiksiz girer. 11. Acil veya olağan dışı sonuçları ilgili hekime bildirir. 12. Odyoloji hizmetlerine ait kalite göstergelerine veri sağlar. 13. Kalite Birimi ile koordineli çalışır. EĞİTİM ve DENETİM: 14. Hizmet içi eğitimlere ve oryantasyon programlarına katılır. 15. İç ve dış denetimlerde görev alanı ile ilgili destek sağlar.
Yetkileri	Hekim istemi doğrultusunda işitme testlerini uygulamak ve sonuçları kayıt altına almak.
Çatışma Halinde Alınacak Önlemler	Görev alanına ilişkin uygulama ve yetki çatışmalarında konu üst amire bildirilir.
Vekâlet Durumu	İzin, rapor veya geçici görevlendirme durumlarında birim planlamasına uygun şekilde görev dağılımı yapılır.



ÖZEL MEGAPOINT HASTANESİ
ODYOMETRİ TEKNİKERİ
GÖREV TANIMI

Doküman Kodu	İK.GT.52
Yayın Tarihi	15.02.2025
Rev. Tarihi	28.01.2026
Rev.No	01
Sayfa No	1/2

PERSONEL BEYANI

Yukarıda belirtilen görev tanımını okudum,anladım ve görev sürem boyunca belirtilen görev,yetki ve sorumluluklara uygun şekilde çalışacağımı kabul ve beyan ederim.

Personel;

Adı Soyadı:

Görevi :

İmza:

Tarih:

ONAY

Hazırlayan :

Kontrol Eden:

Onaylayan :

Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

İnsan Kaynakları

Kalite ve Eğitim Müdürü