

| მ თ ს ა ქ რ ე ლ ი                                                                                                                                                                 |                                                            | ხ ა ზ ი                                                                             |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>საავადმყოფო ფურცელი</b>                                                                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |                            |
| პირველადი, № _____                                                                                                                                                                |                                                            | საავადმყოფო ფურცლის გაგრძელება                                                      |                            |
| (ხაზი გაესვას)                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                                     |                            |
| სამედიცინო დაწესებულება <u>გოიმბურჯი კლინიკა</u>                                                                                                                                  |                                                            | სერია აბა № <u>192417</u>                                                           |                            |
| (სრული დასახელება, მომსახურება)                                                                                                                                                   |                                                            |                                                                                     |                            |
| გაგზავნის თარიღი: <u>2017 წ. 04.04</u>                                                                                                                                            | ასაკი: <u>25 წ.</u>                                        |  |                            |
| (სტაციონარული)                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                                     |                            |
| პაციენტის სახელი და გვარი: <u>გოიმბურჯი პეტრე</u>                                                                                                                                 |                                                            |                                                                                     |                            |
| პაციენტის სამუშაო ადგილი და თანამდებობა: <u>მ. ს. ი. ა. კლინიკა</u>                                                                                                               |                                                            |                                                                                     |                            |
| (სრული დასახელება)                                                                                                                                                                |                                                            |                                                                                     |                            |
| <u>მ. ს. ი. ა. კლინიკა</u>                                                                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |                            |
| (სრული დასახელება)                                                                                                                                                                |                                                            |                                                                                     |                            |
| შრიტისფარების სახეობა (დაავადება, უმეტესი შემთხვევა - წარმოებაში ან მოვლაში, კარანტინი, ავადმყოფის მოვლა, პრიორიტეტული, შევსებული ორსულობის, მშობიარობისა და ზავების მოვლის გამო) |                                                            |                                                                                     |                            |
| (სათანადოს ხაზი გაესვას)                                                                                                                                                          |                                                            |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                   |                                                            |                                                                                     |                            |
| რეჟიმი: <u>აბ</u>                                                                                                                                                                 |                                                            | აღნიშვნები რეჟიმის დარღვევის შესახებ:                                               |                            |
| სტაციონარში ყოფნის პერიოდი: _____                                                                                                                                                 |                                                            | სამედიცინო-სოციალურ ექსპერტიზაზე                                                    |                            |
| თარიღი _____ დან _____                                                                                                                                                            |                                                            | გაგზავნის თარიღი: _____                                                             |                            |
| მდე _____                                                                                                                                                                         |                                                            | ექიმის ხელმოწერა: _____                                                             |                            |
| დროებით გადაცემილი ოქნას სხვა სახეობაზე                                                                                                                                           |                                                            | სსე-ის დახვეწა: _____                                                               |                            |
| თარიღი _____ დან _____                                                                                                                                                            |                                                            | სსე-ის ჩამტარებული დაწესებულების                                                    |                            |
| მდე _____                                                                                                                                                                         |                                                            | მასუბინებელი პირის ხელმოწერა: _____                                                 |                            |
| სამედ. დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა                                                                                                                                      |                                                            | ბ.ა.                                                                                |                            |
| <b>ს ა მ უ შ ა ო დ ა ნ</b>                                                                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |                            |
| <b>გ ა ნ თ ა ვ ო ს უ ჟ ლ ო ბ ა</b>                                                                                                                                                |                                                            |                                                                                     |                            |
| რომელი რიცხვიდან (რიცხვი, თვე, წელი)                                                                                                                                              | რომელი რიცხვის ჩაღვლით (რიცხვი და თვე მცხეთის სტაციონარში) | ექიმის თანამდებობა, სახელი და გვარი                                                 | ექიმის ხელმოწერა           |
| <u>07/02/2017</u>                                                                                                                                                                 | <u>გოიმბურჯი პეტრე</u>                                     | <u>მ. ს. ი. ა. კლინიკა</u>                                                          | <u>მ. ს. ი. ა. კლინიკა</u> |
| <u>გ</u>                                                                                                                                                                          | <u>გ</u>                                                   | <u>გ</u>                                                                            | <u>გ</u>                   |
| ჩელადგეს მუშაობის <u>გოიმბურჯი პეტრე</u> დან _____                                                                                                                                |                                                            |                                                                                     |                            |
| (რიცხვი და თვე ჩადგომის სტაციონარში)                                                                                                                                              |                                                            |                                                                                     |                            |
| გაგზავნილი ახალი ფურცელი (გაგრძელება) სერია № _____                                                                                                                               |                                                            |                                                                                     |                            |
| <u>მ. ს. ი. ა. კლინიკა</u>                                                                                                                                                        |                                                            |                                                                                     |                            |
| (ექიმის თანამდებობა, სახელი, გვარი და ხელმოწერა)                                                                                                                                  |                                                            |                                                                                     |                            |
|                                                                                              |                                                            |                                                                                     |                            |