

მოსაჭრელი ხაზი

საავადმყოფო ფურცელი

დასტავებული საავადმყოფოს მდებარეობის აღწერა: საავადმყოფო № 25.09.2007წ. № 281/6 ბრძანებით
სოციალური დაცვის მინისტრის

პირველადი № _____ საავადმყოფო ფურცლის გაგრძელება
(ხაზი გავსვას)

სერია ააა

სამედიცინო დაწესებულება ქოთა "მედიკა" სპ. ცენტრი 16
(სრული დასახელება, მისამართი)

გაცემის თარიღი: თებერვალი 2017წ. ასაკი: _____
(სიტყვიერად)

პაციენტის სახელი და გვარი: დ. ჯ. ქიქოძე

პაციენტის სამუშაო ადგილი და თანამდებობა: სსიპ თბილისი რეაბილიტაციის ცენტრი
(სრული დასახელება)

სსიპ თბილისი რეაბილიტაციის ცენტრი



შრომისუნარიანობის სახეობა (დაავადება, უბედური შემთხვევა წარმოებაში ან ყოფადგზოვრებაში, კარანტინი, ავადმყოფის მოვლა, პროთეზირება, შევსება ღრსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის გამო)

(სათანადოს ხაზი გავსვას)

რეჟიმი: მზ

აღნიშვნები რეჟიმის დარღვევის შესახებ:

სტაციონარში ყოფნის პერიოდი: _____ თარიღი _____ დან _____ თარიღი _____ მდე

სამედიცინო-სოციალურ ექსპერტიზაზე გაგზავნის თარიღი: _____

დროებით გადაყვანილ იქნას სხვა სამუშაოზე

ექიმის ხელმოწერა: _____

_____ თარიღი _____ დან _____ თარიღი _____ მდე

სსე-ის დასკვნა: _____

სამედ. დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა

სსე-ის ჩამტარებული დაწესებულების მასუბისმგებელი პირის ხელმოწერა: _____ ბ.ა.

ს ა მ უ შ ა ო დ ა ნ

გ ა ნ თ ა ვ ი ა ს უ ჟ ლ გ ზ ა

რომელი რიცხვიდან (რიცხვი, თვე, წელი)

რომელი რიცხვის ჩათვლით (რიცხვი და თვე მითითების სიტყვიერად)

ექიმის თანამდებობა, სახელი და გვარი

ექიმის ხელმოწერა

18.01.2017

თქი იანვარი

დ. ჯ. ქიქოძე

ქიქოძე

7

7

7

7

შეუდგეს მუშაობას თებერვალი 2017წ. დან _____
(სიტყვიერად და თვე მითითების სიტყვიერად)

გაცემული ახალი ფურცელი (გაგრძელება) სერია № _____

(ექიმის თანამდებობა, სახელი, გვარი და ხელმოწერა)



ფურცელი საავადმყოფო დაწესებულების ექიმის მიერ