მოსაჭრელი ხაზი

საავადმყოფო ფურცელი

პირველადი, № _____ საავადმყოფო ფურცლის გაგრძელება
(ხაზი გადსვას)

სერია ААА № 192490

სამედიცინო დაწესებულება _____
(სრული დასახელება, მისამართი)

გაწერის თარიღი: _____ 2017 წ. ასაკი: 30 წ.
(მიუღებლად)

პაციენტის სახელი და გვარი: _____

პაციენტის სამუშაო ადგილი და თანამდებობა: _____
(სრული დასახელება)

სამედიცინო დაწესებულების საავადმყოფო ფურცლების გაცემა

DEUTSCH CLINIC LTD

ბ: ____ ____ ____ ____

ბ: ____ ____ ____ ____

შრომისუუნარობის სახეობა (დაავადება, უბედური შემთხვევა, წარმოებაში ან ყოფაცხოვრებაში, კარანტინი, ავადმყოფის მოვლა, პროთეზირება, შვებულება ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის გამო)
(სათანადო ხაზი გასვა)

რეჟიმი: _____

ექიმი: _____

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

დროებით გადაყვანილ იქნას სხვა სამუშაოზე
_____ (თარიღი) დან _____ (თარიღი) მდე

სამედ. დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა _____

აღნიშვნები რეჟიმის დარღვევის შესახებ:

სამედიცინო-სოციალურ ექსპერტიზაზე გაგზავნის თარიღი: _____

ექიმის ხელმოწერა: _____

სსე-ის დასკვნა: _____

სსე-ის რამტარებელი დაწესებულების მასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა: _____ ბ.ა.

სამუშაოდან განთავისუფლება

რომელი რიცხვიდან (რიცხვი, თვე, წელი)	რომელი რიცხვის ჩათვლით (რიცხვი და თვე მიეთითოს სიტყვიერად)	ექიმის თანამდებობა, სახელი და გვარი	ექიმის ხელმოწერა
20/02/2017	[illegible]	[illegible]	[illegible]

შეუდგეს მუშაობას _____ (რიცხვი და თვე მიეთითოს სიტყვიერად) დან

გაგრძელდა ახალი ფურცელი (გაგრძელება) სერია _____ № _____

_____
(ექიმის თანამდებობა, სახელი, გვარი ან ხელმოწერა)

ივსება სამედიცინო დაწესებულების ექიმის მიერ