*დანართი 11*

შეტყობინების ფორმა

**1.** სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი

(აღინიშნება: სახელწოდება, სამართლებრივი ფორმა, ფიზიკური პირის შემთხვევაში – სახელი და გვარი)

**2.** რეკვიზიტები

(აღინიშნება: მომსახურების მიწოდების ფაქტობრივი მისამართი, საკონტაქტო ინფორმაცია - ტელეფონი, ელ. ფოსტა, სხვ.)

**3.** საიდენტიფიკაციო კოდი/პირადი ნომერი № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** უფლებამოსილი პირი

სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი, ელ. ფოსტა, სხვ.)

**5.** ინფორმაცია მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/საქმიანობების შესახებ:

დაწყება დასრულება

○ სტომატოლოგია ○ სტომატოლოგია

------------------------------------ ------------------------------------

------------------------------------ ------------------------------------

○ ქირურგია (ყველა პროფილის) ○ ქირურგია (ყველა პროფილის)

------------------------------------ ------------------------------------

------------------------------------ ------------------------------------

------------------------------------ ------------------------------------

------------------------------------ ------------------------------------

○ მეანობა-გინეკოლოგია ○ მეანობა-გინეკოლოგია

○ გადაუდებელი სამედიცინო ○ გადაუდებელი სამედიცინო

დახმარება (Emergency) დახმარება (Emergency)

○ დერმატო-ვენეროლოგია ○ დერმატო-ვენეროლოგია

○ რადიოლოგია ○ რადიოლოგია

(გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა) (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა)

------------------------------------ ------------------------------------

------------------------------------ ------------------------------------

○ დიალიზი ○ დიალიზი

○ ინფექციურ დაავადებებთან ○ ინფექციურ დაავადებებთან

(მათ შორის, აივ ინფექციასთან/შიდსთან) (მათ შორის, აივ ინფექციასთან/შიდსთან)

დაკავშირებული საქმიანობა დაკავშირებული საქმიანობა

○ ფთიზიატრია ○ ფთიზიატრია

○ ენდოსკოპია ○ ენდოსკოპია

○ იმუნიზაცია ○ იმუნიზაცია

**6.** უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა ბ. ა.

შეტყობინების შევსების თარიღი

„---------” „-----------------” 20 \_ წ