*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