



სამედიცინო დაწესებულების შერჩევაში მონაწილეობის განაცხადი

1. გთხოვთ, წარმოდგენილი განაცხადისა და თანდართული დოკუმენტების საფუძველზე, გამიწიოთ ქვემოთ აღნიშნული მომსახურეობა (აღნიშნეთ ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი):

- სამედიცინო დაწესებულების შერჩევაში მონაწილეობა
- შერჩეული სამედიცინო დაწესებულების სერტიფიკატის განახლება
- შერჩეული სამედიცინო დაწესებულების შეჩერებული სერტიფიკატის აღდგენა

2. შერჩევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულების მონაცემები:

სამედიცინო დაწესებულების დასახელება:

ფაქტიური მისამართი: _____

საკონტაქტო ტელეფონი: _____ ფაქსი: _____

ელექტრონული ფოსტა: _____

საიდენტიფიკაციო კოდი: _____

სამედიცინო საქმიანობის ნებართვის N: _____ გაცემის თარიღი: _____

დაწესებულების ფორმა: ამბულატორია; სტაციონარი; სხვა _____

3. დაწესებულების ხელმძღვანელის ან წარმომადგენლობაზე უფლებამოსილი პირ(ებ)ის მონაცემები:

სახელი, გვარი, პირადი №: _____

საკონტაქტო ტელ.: _____ ელ. ფოსტა: _____

4. სამედიცინო დაწესებულებების მონაცემები, სადაც განხორციელდება მეზღვაურთა რეფერირება:

დაწესებულების დასახელება	საიდენტიფიკაციო კოდი	მისამართი

შენიშვნა: ველების უკმარისობის შემთხვევაში შეგიძლიათ დაამატოთ ახალი ველები..



5. სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულ უფლებამოსილ ექიმთა (ან კანდიდატთა) მონაცემები:

ექიმის სახელი, გვარი, პ/ნ	სახ. სერტიფიკატის №	სახ. სერტიფიკატის მოქმედების ვადა

6. სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებულ ექიმ სპეციალისტთა სია:

სპეციალობა	ექიმთა რაოდ.	სპეციალობა	ექიმთა რაოდ.
შინაგანი მედიცინის სპეციალისტი		რადიოლოგი - ექოსკოპისტი	
კარდიოლოგი		ოფთალმოლოგი	
ნევროლოგი		ენდოკრინოლოგი	
ოტორინოლარინგოლოგი		დერმატოლოგ-ვენეროლოგი	
ზოგადი ქირურგი		ინფექც. სნეულებების სპეციალისტი	
რადიოლოგი - რენტგენოლოგი		ლაბორატ. მედიცინის სპეციალისტი	
ნარკოლოგი			

7. სამედიცინო დაწესებულება აკმაყოფილებს შემდეგი სახის მატერიალურ-ტექნიკურ პირობებს:

- | | დიახ | არა |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - სამედიცინო დაწესებულებასთან ხელმისაწვდომია საზოგადოებრივი ტრანსპორტი. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ინფრასტრუქტურა შეესაბამება კანონმდებლობით გათვალისწინებულ სანიტარულ-ჰიგიენურ, უსაფრთხოებისა და ხანძარსაწინააღმდეგო ნორმებს. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - გააჩნია გათბობით, კონდიციონერით და შესაბამისი ავეჯით აღჭურვილი, საკმარისი ფართობის მოსაცდელი განყოფილება. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - გამოყოფილია კაბინეტი უფლებამოსილი ექიმის მიერ ზოგადი გამოკვლევისა და კონფიდენციალური საუბრის წარმართვისათვის. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - მხედველობისა და სმენის შემოწმებისათვის აუცილებელი აღჭურვილობა შემოწმებულია და იმყოფება გამართულ მდგომარეობაში. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - შესაძლებელია ვაქცინაციის ჩატარება და შესაბამისი საბუთის გაცემა. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - მეზღვაურის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმებისა და შრომისუნარიანობის დადგენისათვის აუცილებელი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული აღჭურვილობა გამართულია და შეესაბამება სტანდარტით დადგენილ ნორმებს. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- მეზღვაურის შემოწმების კონფიდენციალური სამედიცინო ჩანაწერები და
სამედიცინო მოწმობის ცარიელი ბლანკები ინახება ჩაკეტილ საცავში.

8. განაცხადს თან ახლავს შემდეგი დოკუმენტაცია:

- სტაციონალური დაწესებულების ნებართვის და ნებართვის დანართების (შესაბამის საქმიანობებში) ასლები (სტაციონალური ტიპის დაწესებულების შემთხვევაში);
- მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობის განხორციელების თაობაზე, სსიპ „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში“ დადგენილი წესის შესაბამისად წარდგენილი შეტყობინების ასლი (ამბულატორიული ტიპის დაწესებულების შემთხვევაში);
- მეზღვაურის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის საკუთარ დაწესებულებაში განხორციელებული სამედიცინო მომსახურების (გამოკვლევების) სრული ჩამონათვალი;
- განაცხადის მე-6 პუნქტში აღნიშნული სპეციალობებით სერტიფიცირებულ ექიმ-სპეციალისტთა სია (რაოდენობა და კვალიფიკაცია);
- შერჩევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულების ბეჭდის ნიმუშები და ხელმძღვანელის ხელმოწერის ნოტარიულად დამოწმებული ნიმუშები (2-2 ეგზემპლარი);
- დაწესებულების მიერ შემუშავებული და დამტკიცებული ხარისხის მართვის სახელმძღვანელო, მეზღვაურთა შემოწმების პროცესი/პროცედურა;
- ამონაწერი სამეწარმეო რეესტრიდან;
- საფასურის გადახდის დამადასტურებელი ქვითარი _____ ლარის ოდენობის.



სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ხელმოწერა: _____

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის სახელი, გვარი: _____

თარიღი: _____

დაწესებულების ბეჭედი:

