



დანართი №1

სამედიცინო დაწესებულების აღიარებაში მონაწილეობის განცხადება

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

- ☐ სამედიცინო დაწესებულების აღიარებაში მონაწილეობა
- ☐ აღიარებული სამედიცინო დაწესებულების აღიარების ვადის გაგრძელება
- ☐ აღიარებული სამედიცინო დაწესებულებებისა და ექიმების რეესტრის განახლება
- ☐ აღიარებული სამედიცინო დაწესებულების შეჩერებული აღიარების აღდგენა

2. სამედიცინო დაწესებულების მონაცემები:

სამედიცინო დაწესებულების დასახელება: _____

ფაქტობრივი მისამართი: _____

საკონტაქტო ტელეფონი: _____ ფაქსი: _____

ელექტრონული ფოსტა: _____

საიდენტიფიკაციო კოდი: _____

სამედიცინო საქმიანობის ნებართვის №: _____ 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 დაწესებულებაში დასაქმებულ უფლებამოსილ ექიმთა მონაცემები:

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

5. 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		ინფექციური სნეულებების სპეციალისტი	
რადიოლოგი - რენტგენოლოგი		ლაბორატორიული მედიცინის სპეციალისტი	
ნარკოლოგი		ფსიქიატრი	
შენიშვნა: თუ ხორციელდება სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადამისამართება, ექიმთა რაოდენობის გრაფაში უნდა მიეთითოს „რეფერალი“.			

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

	დიახ	არა
- სამედიცინო დაწესებულებასთან ხელმისაწვდომია საზოგადოებრივი ტრანსპორტი	☐	☐
- ინფრასტრუქტურა შეესაბამება კანონმდებლობით გათვალისწინებულ სანიტარიულ-ჰიგიენურ, უსაფრთხოებისა და ხანძარსაწინააღმდეგო ნორმებს	☐	☐
- გააჩნია გათბობით, კონდიციონერით და შესაბამისი ავეჯით აღჭურვილი, საკმარისი ფართობის მოსაცდელი განყოფილება	☐	☐
- გამოყოფილია კაბინეტი უფლებამოსილი ექიმის მიერ ზოგადი გამოკვლევისა და კონფიდენციალური საუბრის წარმართვისათვის	☐	☐
- მხედველობის დასმენის შემოწმებისათვის აუცილებელი აღჭურვილობა შემოწმებულია და იმყოფება გამართულ მდგომარეობაში	☐	☐
- მატარებლის მემანქანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმებისა და შრომისუნარიანობის დადგენისათვის აუცილებელი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული აღჭურვილობა გამართულია და შეესაბამება სტანდარტით დადგენილ ნორმებს	☐	☐



- მატარებლის მემანქანის შემოწმების კონფიდენციალური სამედიცინო ჩანაწერები და სამედიცინო მოწმობის ცარიელი ბლანკები ინახება ჩაკეტილ საცავში



7. განცხადებას თან ახლავს შემდეგი დოკუმენტაცია:

- ☐ სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის და ნებართვის დანართების (შესაბამის საქმიანობებში) ასლები (სტაციონარული ტიპის დაწესებულების შემთხვევაში);
- ☐ მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობის განხორციელების თაობაზე, სსიპ - სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოში დადგენილი წესის შესაბამისად წარდგენილი შეტყობინების ასლი (ამბულატორიული ტიპის დაწესებულების შემთხვევაში);
- ☐ მატარებლის მემანქანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის საკუთარ დაწესებულებაში განხორციელებული სამედიცინო მომსახურების (გამოკვლევების) სრული ჩამონათვალი;
- ☐ განცხადების მე-5 პუნქტში აღნიშნული სპეციალობებით სერტიფიცირებულ ექიმ-სპეციალისტთა სია (რაოდენობა და კვალიფიკაცია);
- ☐ აღიარებაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულების ბეჭდისა და ჯანმრთელობის ცნობის ნიმუშები;
- ☐ ლიცენზიები/ნებართვები;
- ☐ ამონაწერი სამეწარმეო რეესტრიდან;
- ☐ საფასურის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- ☐ ინფორმაცია ჯანმრთელობის ცნობის გაცემის საფასურის შესახებ.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის
ხელმოწერა:

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის სახელი, გვარი:

თარიღი: _____

დაწესებულების ბეჭედი:

