

სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა № IV-100/ა

ც ნ ო ბ ა

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ

1. ცნობის გამცემი დაწესებულების დასახელება ან ექიმი-სპეციალისტის გვარი, სახელი, სახელმწიფო სერტიფიკატით მინიჭებული სპეციალობა, სახელმწიფო სერტიფიკატის ნომერი ან/და საკონტაქტო ინფორმაცია - შპს თვალის მიკროქირურგიის ჯავახიშვილის კლინიკა "ოფთალმოვი"
მისამართი: 0159 თბილისი, ნინო ჯავახიშვილის №7, ტელ.: 2 133 133
2. დაწესებულების დასახელება და მისამართი სადაც იგზავნება ცნობა _____
3. პაციენტის სახელი და გვარი ბანიშვილი/ზოსა გიორგის ასული
4. დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი) 08.06.1958
5. პირადი ნომერი 01024000761
6. მისამართი ზესტაქისი მ/14, 242
(ივსება 16 წელს მიღწეული პირის შემთხვევაში)
7. სამუშაო ადგილი და თანამდებობა (მოსწავლის/სტუდენტის შემთხვევაში - იმ სასწავლო დაწესებულების/სკოლის დასახელება და კლასი/კურსი, სადაც იგი სწავლობს) _____
8. თარიღი: ა) ამბულატორიაში მიმართვის 26/02/18
ბ) სტაციონარში გაგზავნის _____
გ) სტაციონარში მოთავსების _____
დ) გაწერის _____
9. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (ძირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები) _____

მედიკოსი/ბანიშვილი ზოსა გიორგის ასული 443-3