



**„რეფერალური მომსახურების ფარგლებში“ შესაბამისი სამედიცინო დახმარების მისაღებად
განაცხადის სარეგისტრაციო ფორმა**

მამიებლის იდენტიფიკატორები

1. სახელი _____ გვარი _____

2. დაბადების თარიღი _____ პირადი N _____

3. მამიებლის სამუშაო ადგილი:
დაწესებულების დასახელება _____ თანამდებობა _____
მისამართი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით _____

4. საკონტაქტო ტელეფონი:
სახლი _____ მობილური _____

5. მკურნალობის მთლიანი თანხა (მიუთითეთ ვალუტა): _____ () მოთხოვნილი თანხა: _____ ()

6. შევსების მომენტში სამედიცინო სერვისი: ა) დასრულებულია; ბ) დაწყებულია, გ) არ განხორციელებულა.

7. განაცხადის შევსების მომენტში გადახდილი აქვს თანხა: ა) არა; ბ) დიახ; გ) ნაწილობრივ.

8. მოპოვებული დაფინანსება (ლარი)
სახელმწიფო ფონდი _____ ავტ. რესპ./მუნიციპალური ფონდი _____
კერძო დაზღვევა _____ სხვა _____

9. იმ შემთხვევაში, როდესაც ფორმას არ ავსებს მამიებელი, წარმომადგენლის
სახელი _____ გვარი _____ პირადი N _____

ნათესაური კავშირი მამიებელთან _____

10. ხელმოწერით გიდასტურებთ, რომ ინფორმირებული ვარ და ვეთანხმები, გადამოწმდეს/მოპოვებულ
იქნეს:

- ინფორმაცია მამიებლის სოციალური სტატუსის შესახებ და/ან მისი შემოსავლების თაობაზე ბოლო 12 თვის განმავლობაში
- ინფორმაცია მამიებლის შესახებ სხვადასხვა პროგრამების ფარგლებში მიღებული დახმარების/დაფინანსების თაობაზე, რომელიც ეხება მის ჯანმრთელობას
- ინფორმაცია მამიებლის შესახებ „რეფერალური მომსახურების პროგრამის“ ფარგლებში მიღებული/დაფინანსებული დახმარების თაობაზე ბოლო 2 წლის განმავლობაში.
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი დარგის ექსპერტის დასკვნა, რომელშიც მითითებული იქნება საქართველოს ფარგლებს გარეთ მკურნალობის აუცილებლობა, რომელიც სამინისტროს მიეწოდება დარგის ექსპერტის მიერ ელექტრონული ფორმატით
- 11. თუ ფორმის რომელიმე გრაფა ან ინფორმაცია არასრულფასოვნად ან არასწორადაა მოწოდებული, განაცხადი არ განიხილება.

მამიებლის ან წარმომადგენლის ხელმოწერა _____ თარიღი „____“ _____ 20

შენიშვნა:

განაცხადს თან უნდა ახლდეს:

- ა) მამიებლის და წარმომადგენლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი;
- ბ) ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (ფორმა N IV-100/ა), სადაც მკაფიოდ და დეტალურად იქნება განმარტებული ყველა პუნქტი, შესაბამისი ICD-10 და/ან NCSP კოდების მითითებით: დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი (პირითადი დაავადება, თანმხლები დაავადებები, გართულებები), გადატანილი დაავადებები, ანამნეზი, ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები, ავადმყოფობის მიმდინარეობის საზღვარგარეთ მკურნალობის/დიაგნოსტიკის დაფინანსების მოთხოვნის შემთხვევაში ფორმა N IV-100/ა-ში დამატებით უნდა იყოს ექიმის რეკომენდაცია საზღვარგარეთ მკურნალობის/დიაგნოსტიკის საჭიროების თაობაზე (ICD-10 და NCSP კოდების მითითებით).
- გ) სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანგარიშ-ფაქტურა, კალკულაციით; უცხოეთიდან წარმოდგენილ ანგარიშ-ფაქტურასა და კალკულაციაში (ნათარგმნი და დამოწმებული ნოტარიალურად) მითითებულ უნდა იქნეს დანახარჯები შემდეგი ჩამლის მიხედვით:

ა) არასამედიცინო მომსახურება (ტრანსფერი, სასტუმრო, თანმხლები პირი სხვა);

ბ) სამედიცინო მომსახურება: გ) ოპერაციული ჩარევა; დ) კონსერვატიული მკურნალობა;

ე) დიაგნოსტიკა; ვ) ქიმიოთერაპია; ზ) სხივური თერაპია და სხვა.

დ) საბანკო ანგარიში მკურნალობისთვის საჭირო დანარჩენი თანხის დაფიქსირებით. დამატებით: კომისიაზე განსახილველად