Հավելված N 1
ՀՀ կառավարության 2009 թվականի
նոյեմբերի 19-ի N 1338 - Ն որոշման

«Հավելված N 4
ՀՀ կառավարության 2004 թվականի
փետրվարի 19-ի N 211-Ն որոշման

Ո Ւ Ղ Ե Գ Ի Ր N ________

АМԲՈՒԼԱՏՈՐ-ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ
ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ-ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ

**Շտապ՝** այո ☐ ոչ ☐

**1. Ուղեգրվում է քաղաքացի** ______________________________
(անունը, ազգանունը, ծննդյան ամսաթիվը, ամիսը, տարեթիվը,
______________________________
բնակության վայրը)

**2. Ուղեգրվողի նախնական ախտորոշումը** ______________________________
______________________________

**3. Ուղեգրման նպատակը (ընդգծել)՝** ախտորոշում, ախտորոշման ճշգրտում, խորհրդատվություն, բուժում, ախտորոշիչ քննություն

**4.** Բուժող բժիշկ ______________ ______________
(ստորագրությունը) (անունը, ազգանունը)

_____ ___________ 20 թ.

Կ.Տ.

--------------------------------------------------------------------------------

**1. Քաղաքացի** ______________________________
(անունը, ազգանունը, ծննդյան ամսաթիվը, ամիսը, տարեթիվը, բնակության վայրը)
______________________________

**2. Ուղեգրված քաղաքացու հաստատված ախտորոշումը կամ լաբորատոր-ախտորոշիչ հետազոտությունների արդյունքները** ______________________________
______________________________
______________________________

**3. Նշանակումներ և խորհուրդներ** ______________________________
______________________________
______________________________
______________________________
______________________________

**4. Բժիշկ-խորհրդատու** ______________ ______________
(ստորագրությունը) (անունը, ազգանունը)

_____ ______________ 20    թ.

**Կ.Տ.»:**

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ                                                    Դ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

Հավելված N 2
ՀՀ կառավարության 2009 թվականի
նոյեմբերի 19-ի N 1338 - Ն որոշման

«Հավելված N 5
ՀՀ կառավարության 2004 թվականի
փետրվարի 19-ի N 211-Ն որոշման

Կ Ա Ր Գ

ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ-ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ՝ ՍՈՑԻԱԼԱՊԵՍ ԱՆԱՊԱՀՈՎ ՈՒ ՀԱՏՈՒԿ ԽՄԲԵՐՈՒՄ ՉԸՆԴԳՐԿՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՈՒՂԵԳՐՄԱՆ

1. Սույն կարգով սահմանվում են ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպությունների ընտանեկան բժիշկների կողմից՝ սոցիալապես անապահով ու հատուկ խմբերում չընդգրկված անձանց հիվանդանոցային բուժման և հետազոտման ուղեգրման պայմանները:

2. Քաղաքացիները հիվանդանոցային բժշկական օգնության և հետազոտման ուղեգրվում են միայն լիցենզավորված բժշկական կազմակերպություններ:

3. Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպությունների ընտանեկան բժիշկների կողմից՝ սոցիալապես անապահով ու հատուկ խմբերում չընդգրկված անձանց հիվանդանոցային բուժման և հետազոտման ուղեգիրը լրացվում է Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի փետրվարի 19-ի N 211-Ն որոշմամբ հաստատված ձևի վրա, որը հաստատվում է ուղեգրող բժշկի ստորագրությամբ և անձնական կնիքով:

4. Համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի փետրվարի 19-ի N 211-Ն որոշմամբ հաստատված ձևի՝ հիվանդանոցային կազմակերպությունը լրացնում և ուղեգրող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպություն է վերադարձնում ուղեգրի՝ հատման գծից ներքև գտնվող հատվածը:»:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ Դ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ

Հավելված N 3
ՀՀ կառավարության 2009 թվականի
նոյեմբերի 19-ի N 1338 - Ն որոշման

«Հավելված N 6
ՀՀ կառավարության 2004 թվականի
փետրվարի 19-ի N 211-Ն որոշման

**Ո Ւ Ղ Ե Գ Ի Ր** N _______

ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ-ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ՝ ՍՈՑԻԱԼԱՊԵՍ ԱՆԱՊԱՀՈՎ ՈՒ ՀԱՏՈՒԿ ԽՄԲԵՐՈՒՄ ԸՆԴԳՐԿՎԱԾ ԱՆՁԱՆՑ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ

**1. Բժշկական կազմակերպությունը, ուր ուղեգրվում է հիվանդը** ________________________________
__________________________________________________________________________________

**2. Քաղաքացի** ______________________________________________________________________
(անունը, ազգանունը, ծննդյան ամսաթիվը, ամիսը, տարեթիվը, բնակության վայրը, հեռախոսահամարը)
__________________________________________________________________________________

**3. Ուղեգրող բժշկական կազմակերպության անվանումը** ______________________________________
(նշել նաև ՀՀ մարզը կամ քաղաքը, հեռախոսահամարը)
__________________________________________________________________________________

**4. Ուղեգրվող քաղաքացու նախնական ախտորոշումը** _______________________________________
(կցել կատարված հետազոտությունների
__________________________________________________________________________________
արդյունքները և քաղվածք ամբուլատոր քարտից)
__________________________________________________________________________________

**5. Ուղեգրման նպատակը (ընդգծել)**՝ ախտորոշման ճշգրտում, խորհրդատվություն, բուժում

**6. Բուժող բժիշկ** ________________________________ ____________________________________
(ստորագրությունը) (անունը, ազգանունը)

_____ _______________ 20 թ.

Կ.Տ.

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**1. Քաղաքացուն ուղեգրած բժշկական կազմակերպության անվանումը** __________________________
__________________________________________________________________________________

**2. Քաղաքացի** ______________________________________________________________________
(անունը, ազգանունը, ծննդյան ամսաթիվը, ամիսը, տարեթիվը, բնակության վայրը, հեռախոսահամարը)
__________________________________________________________________________________

**3. Հաստատված ախտորոշումը կամ հետազոտությունների արդյունքները** (կցել) ________________
________________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________________

**4. Նշանակումներ և խորհուրդներ** ______________________________________________
____________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________

**5. Բուժող բժիշկ** __________________________ ______________________________
(ստորագրությունը) (անունը, ազգանունը)

____________________________________________________________________________
(դուրսգրման (հետազոտման) ամսաթիվը, ամիսը, տարեթիվը)

**6. Հիվանդանոցային կազմակերպությունը** ________________________________________
(նշել նաև ՀՀ մարզը կամ քաղաքը, հեռախոսահամարը)
____________________________________________________________________

_____ _____________ 20 թ.

Կ.Տ.»:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱԶՄԻ
ՂԵԿԱՎԱՐ Դ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ