

შეტყობინების ფორმა

1. სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელი

(აღინიშნება: სახელწოდება, სამართლებრივი ფორმა, ფიზიკური პირის შემთხვევაში – სახელი და გვარი)

2. რეკვიზიტები

(აღინიშნება: მომსახურების მიწოდების ფაქტობრივი მისამართი, საკონტაქტო ინფორმაცია - ტელეფონი, ელ. ფოსტა, სხვ.)

3.	საიდენტიფიკაციო	კოდი/პირადი	ნომერი	№
----	-----------------	-------------	--------	---

4. უფლებამოსილი პირი

სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი, ელ. ფოსტა, სხვ.)

5. ინფორმაცია მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/საქმიანობების შესახებ:

დაწყება	დასრულება
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> სტომატოლოგია <input type="checkbox"/> ქირურგია (ყველა პროფილის) <input type="checkbox"/> მენოპა-გინეკოლოგია <input type="checkbox"/> გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება (Emergency) <input type="checkbox"/> დერმატო-ვენეროლოგია <input type="checkbox"/> სამედიცინო რადიოლოგია (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა) <input type="checkbox"/> დიალიზი <input type="checkbox"/> ინფექციურ დაავადებებთან 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> სტომატოლოგია <input type="checkbox"/> ქირურგია (ყველა პროფილის) <input type="checkbox"/> მენოპა-გინეკოლოგია <input type="checkbox"/> გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება Emergency) <input type="checkbox"/> დერმატო-ვენეროლოგია <input type="checkbox"/> სამედიცინო რადიოლოგია (გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა) <input type="checkbox"/> დიალიზი <input type="checkbox"/> ინფექციურ დაავადებებთან

(მათ შორის, აივ ინფექციასთან/შიდსთან)
დაკავშირებული საქმიანობა
o ფთიზიატრია
o ენდოსკოპია

(მათ შორის, აივ ინფექციასთან/შიდსთან)
დაკავშირებული საქმიანობა
o ფთიზიატრია
o ენდოსკოპია

6. უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა
ბ. ა.

შეტყობინების შევსების თარიღი

„-----“ „-----“ 20_წ

მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთა რეესტრის წარმოების წესი

მუხლი 1

1. წინამდებარე წესი ადგენს „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N359 დადგენილებით განსაზღვრულ, სავალდებულო შეტყობინებას დაქვემდებარებული, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთა რეესტრის წარმოების წესს.

2. რეესტრის წარმოებას უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო (შემდგომში – სააგენტო).

მუხლი 2

1. სააგენტო ვალდებულია მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებლის მხრიდან, შეტყობინების მიღებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში რეესტრში ასახოს ინფორმაცია საქმიანობის წარმოების ან გაუქმების თაობაზე.

2. რეესტრში აისახება შემდეგი ინფორმაცია:

ა) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის სახელწოდება, სამართლებრივი ფორმა, საიდენტიფიკაციო კოდი; ფიზიკური პირის შემთხვევაში – სახელი, გვარი, პირადი ნომერი;

ბ) მომსახურების მიწოდების ფაქტობრივი მისამართი;

გ) სამედიცინო საქმიანობა/საქმიანობები, რომელსაც კანონმდებლობის თანახმად ეწევა სამედიცინო დაწესებულება;

დ) დამატებითი ინფორმაცია რეესტრში განხორციელებული ცვლილებების შესახებ;

ე) შეტყობინების მიღების თარიღი.

3. სააგენტო ვალდებულია უზრუნველყოს რეესტრში შეტანილი ინფორმაციის საჯაროობა და ხელმისაწვდომობა.