

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

დანართი №8

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-7/ა

სამედიცინო ჩარევის ოქმი №

პაციენტის გვარი, სახელი

განყოფილება _____ ბარათის ნომერი

სამედიცინო ჩარევის სახე

გაუტკივარება _____

დაწყების თარიღი, დრო _____

დასრულების თარიღი, დრო _____

რეკომენდაცია/დანიშნულება ,

ექიმი _____
(სახელი, გვარი)

ხელმოწერა _____