

ექიმის სახელი, გვარი _____ თარიღი _____

დანართი №7

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება _____

ფორმა №IV-200-6/ა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

პარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ სპეციალობა _____

სელმოწერა _____ თარიღი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ თარიღი _____

დანართი №7

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება _____

ფორმა №IV-200-6/ა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევის შედეგები

პაციენტის სახელი, გვარი _____

პარათის ნომერი _____

ექიმის სახელი, გვარი _____ სპეციალობა _____

სელმოწერა _____ თარიღი _____