|  |
| --- |
|  |
| |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | |  |  | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ԼԵՌՆԱՅԻՆ ՂԱՐԱԲԱՂԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ**  **ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ** |  | **ԼԵՌՆԱՅԻՆ ՂԱՐԱԲԱՂԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ**  **ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ** |      |  |  | | --- | --- | | 29.07.2008թ. N 42 հ/գ-ն | 30.07.2008թ. N 98-Ն |     **ՀԱՄԱՏԵՂ ՀՐԱՄԱՆ**    **ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԴԻՄԱԾ ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ**  **ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ ՁԵՎԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**    Ղեկավարվելով Լեռնային Ղարաբաղի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հուլիսի 15-ի «Ծեր և հաշմանդամ քաղաքացիներին խնամքի տրամադրման կարգն ու ծեր և հաշմանդամ քաղաքացիներին խնամքի տրամադրումը մերժելու հիմք հանդիսացող հիվանդությունների ցանկը հաստատելու մասին» N 500-Ն որոշման 2-րդ կետի 3-րդ ենթակետով`    **ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՆՔ**    1. Հաստատել խնամքի տրամադրման համար դիմած հաճախորդի բժշկական քարտի ձևը` համաձայն հավելվածի:  2. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում պաշտոնական հրապարակման օրվան հաջորդող տասներորդ օրը:     |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ԼԵՌՆԱՅԻՆ ՂԱՐԱԲԱՂԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ**  **ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ**  **Ն. ԱԶԱՏՅԱՆ** |  | **ԼԵՌՆԱՅԻՆ ՂԱՐԱԲԱՂԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ**  **ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ**  **Ա. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ** |        |  |  | | --- | --- | |  | Հավելված    Լեռնային Ղարաբաղի Հանրապետության  սոցիալական ապահովության նախարարի  2008 թվականի հուլիսի 29-ի N 42հ/գ-ն |      |  |  | | --- | --- | |  | Լեռնային Ղարաբաղի Հանրապետության  առողջապահության նախարարի  2008 թվականի հուլիսի 30-ի N 98-Ն  համատեղ հրամանի |      |  |  | | --- | --- | |  | Ձև |     **ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏ**  **Խնամքի տրամադրման համար դիմած հաճախորդի**    Բժշկական կազմակերպության անվանումը ..............................................................................................  Քաղաքացի ..............................................................................................................................................                                                  (ազգանուն, անուն, հայրանուն)  Անձը հաստատող փաստաթուղթ ............................................................................................................                                                         (սերիան, համարը, երբ և ում կողմից է տրված)  Հաշվառված է .........................................................................................................................................                                               (բնակության վայրը)  Ծննդյան տարեթիվը, ամիսը, օրը .............................................................................................................  Առողջական վիճակը ...............................................................................................................................  Բժիշկ-մասնագետների եզրակացությունները`  Թերապևտ.................................................................................................................................................  Ֆլյուորոգրաֆիայի արդյունքները ..............................................................................................................  Մաշկավեներոլոգ ......................................................................................................................................  Ակնաբույժ ................................................................................................................................................  Նյարդաբան .............................................................................................................................................  Հոգեբույժ .................................................................................................................................................  Վարակաբան ...........................................................................................................................................  Աղիքային խմբի վարակիչ (այդ թվում` մակաբուծային) հիվանդությունների նկատմամբ անալիզների  արդյունքները ...........................................................................................................................................  ………………………………………………………………... ……………………….........................................    Գլխավոր բժիշկ`                          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                             (ստորագրություն, անուն, ազգանուն)    Լրացման ամսաթիվը`     «\_\_\_\_\_»   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200 թ.    Կ.Տ. | | |