

Ք. Երևան, Պուշկին փողոց, 56 շենք, familyhealth@wigmore.am Հեռ.՝ 012345677

**ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄԱՍՈՒՅՈՂ ԲԺՇԿԻ
ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԱՎԵՐԱՑՆՈՂ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ՁԵՎ /Զև 004/**

1. h/h _____ 2.* Գրանցման ամսաթիվ _____ / _____ / _____
որ ամիս տարի
3. Ամբուլատոր քարտ N _____
- 4.* Գրանցող բուժհաստատություն «Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» _____
(անվանումը) Պետական առողջապահական գործակալության կողմ
- 5.* Նախկին բուժհաստատություն _____
(անվանումը)
- 6.* Բնակիչ _____ 7.* Ծննդյան ամսաթիվը _____
(ազգանուն, անուն, հայրանուն) որ ամիս տարի
- 8.* Անձը հաստատող փաստաթղթի տեսակը 9.* Սեռը արական իգական
(ՀՀ անձնագիր, ծննդյան վկայական, այլ) N-ը _____ / _____ / _____
(անհրաժեշտը ընդգծել) սերիա համար
- 10.* Նույնականացման քարտ N _____ 11.* Հեռ.՝ _____
Էլ. հասցե _____
- 12.* Քաղաքացիությունը ՀՀ քաղաքացի Օտարերկրյա քաղաքացի Քաղաքացիություն չունեցող անձ
13. Բնակչի հաշվառման վայրը _____
(մարզ քաղաք/գյուղ) (փողոց, շենք/տուն, բնկ.)
- 14.* Բնակչի բնակության վայրը _____
ք. Երևան _____
(մարզ քաղաք/գյուղ) (փողոց, շենք/տուն, բնկ.)
15. Հեռավորությունը բնակության վայրից մինչև բուժհաստատություն <1 կմ 1-2 կմ 2-3 կմ 3-4 կմ > 4 կմ
- 16.* Սոցիալապես անապահով կամ առանձին (հատուկ) խմբերին պատկանելը _____
(կողմ/երբ ըստ ցանկի, փաստաթղթի N-ը/ները)
17. Աշխատանքային առանձնահատկություններ _____
(կողմ/երբ ըստ ցանկի)
18. Ռիսկի գործոններ _____
(կողմ/երբ ըստ ցանկի)
19. Բնակչի կողմից ընտրված առողջության առաջնային պահպանման բժիշկ _____
(ազգանուն, անուն) ստորագրություն
20. Սպասարկող բուժքույր _____
(ազգանուն, անուն) ստորագրություն

***Պարտադիր լրացվող դաշտեր**

Ստորագրելով ստորև տալիս եմ իմ համաձայնությունը մշակելու համար իմ ներկայացրած անհատական տվյալները՝ անհատական տվյալների մասին ՀՀ օրենսդրության համապատասխան: ՏԵՂԵԳԱՅՎԱԾ ԵՄ, որ
1. Համապատասխան տվյալների փոփոխության դեպքում անհրաժեշտ է մեկշաբաթյա ժամկետում տեղեկացնել իմ կողմից ընտրված առողջության առաջնային պահպանման բժշկին:

21.* Բնակչի ստորագրությունը _____

Հարգելի Բուժառու,

Ողջունում ենք «Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» կենտրոնում Ձեր (Ձեր երեխայի) կցագրվելու որոշումը:

Մեր կենտրոնի բժիշկները սիրով կիրականացնեն **Ձեր և Ձեր երեխայի առողջության վերահսկումը՝** ապացուցահեն բժշկության ուղեցույցներին համապատասխան:

Մեր համագործակցությունն արդյունավետ դարձնելու նպատակով՝ խնդրում ենք Ձեզ.

- հետևյալ դեպքերում (**18 – 27 տ. տղամարդ, 0-18 տ. երեխա, քրոնիկ հիվանդության առկայություն՝** շաքարային դիաբետ, էպիլեպսիա, պարբերական հիվանդություն) **պարտադիր** ներկայացնել առողջության վերաբերյալ **քաղվածքը կամ պատվաստումների մասին տեղեկատվությունը** նախկին պոլիկլինիկայից 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում (տվյալ փաստաթուղթը տրամադրվում է **անվճար**)
- այցը **նախապես գրանցել** զանգահարելով՝ **012345677** հեռախոսահամարով
- անհրաժեշտ է բուժանձնակազմի կողմից սահմանված և Ձեզ հետ համաձայնեցված ժամկետներում ներկայանալ կենտրոն **առողջ այցերի, սկրինինգների և պատվաստումների կատարման համար:**

Ստորագրելով սույն փաստաթուղթը ես հավաստում եմ, որ ծանոթացել եմ «Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» կենտրոնում մատուցվող ծառայություններին, դրանց մատուցման պայմաններին, կցագրման վերաբերյալ որոշում ընդունելու համար ինձ անհրաժեշտ ամբողջ տեղեկատվությանը, որոնց վերաբերյալ որևէ առարկություն կամ անհամաձայնություն չունեմ:

«Ուիգմոր Ընտանիքի Առողջություն» կենտրոնում Ձեր կցագրման հաստատումը կարող եք ստուգել «Արմեդ» էլեկտրոնային համակարգի հավելվածով:

Մաղթում ենք Ձեզ առողջություն:

Միքով՝

Ուիգմոր թիմ

Ծանոթացա _____

Ստորագրություն