

16.8. პროფესიული შრომისუუნარობის დაკარგვის ხარისხი გასულ პერიოდში

18.9 დასკვნა შრომის დასაშვები და წინააღმდეგ ნაჩვენებ პირობებსა და ხასიათზე

17. დამატებითი დახმარების სახეობანი

18. საბუთები, რომლებიც საფუძვლად დაედო საექსპერტო დასკვნას

19. საექსპერტო დასკვნის მოკლე დასაბუთება

20. შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის შესახებ გაცემული სსე შემოწმების აქტის სერია

№

სამედიცინო დაწესებულების

ხელმძღვანელი ()

ექიმი სპეციალისტი ()

დანართი2

ფორმა №IV-50/2

დამატებულია საქართველოს შრომის

ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის

მინისტრის 27 02 „ 2007 წლის #64/ნ ბრძანებით

1. (ქალაქი, რაიონი)

2. (სამედიცინო დაწესებულების დასახელება)

3. სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის (შემდგომი სსე) შემოწმების აქტი №

4. (ექსპერტიზის დაწყების თარიღი) 5. (ექსპერტიზის დამთავრების თარიღი)

6. (გვარი, სახელი, მამის სახელი) (პირადი №)

7. (დაბადების თარიღი) 8. (სქესი)

9. (მისამართი)

10.

11. (მირითადი პროფესია) 12. (სპეციალობა)

13. (სამუშაო ადგილი)

14. გამოკვლევების მონაცემები:

14.1 სუბიექტური გამოიკვლევები:

14.1.1 ჩივილები:

14.1.2. კლინიკურ-შრომითი ანამნეზი:

14.1 დროებითი შრომისუუნარობის ხანგრძლივობა:

14.2. ობიექტური გამოკვლევის მონაცემები:
14.2.1. ექიმ-სპეციალისტის მონაცემები:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

14.2.2. სხვა ექიმ-სპეციალისტთა გამოკვლევის შედეგები:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

14.2.3. დამატებითი გამოკვლევის შედეგები:

[illegible]

15. დიაგნოზი, დაავადების კოდი (ICD-10 კლასიფიკაციის მიხედვით):

15.1. ძირითადი დიაგნოზი:

[illegible]

15.2. თანმხლები დიაგნოზი:

16. საექსპერტო დასკვნა:

15.1. დასკვნა შესაძლებლობების შეზღუდვის სტატუსის შესახებ _____ (სიტყვიერად)

16.2. შესაძლებლობების შეზღუდვის მიზეზი _____

16.3. შესაძლებლობების შეზღუდვის სტატუსის დადგენა 20 წ. 1 _____ მდე

16.4. მორიგი გადამოწმების თარიღი 20 ____ წ. _____

16.5. შესაძლებლობების შეზღუდვის სტატუსის დადგომის დრო _____

16.6. პროფესიული შრომიუუნარობის დაკარგვის ხარისხი პროცესებში და გადამოწმების ხარისხი

(სიტყვიერად)

16.7. პროფესიული შრომითუნარობის დაკარგვის ხარისხის შესახებ გაცემული სსე

შემოწმების აქტის ამონაწერის სერია _____ № _____