

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა  
და სოციალური დაცვის მინისტრის  
ბრძანება №398/ნ  
2010 წლის 7 დეკემბერი ქ. თბილისი

ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში  
განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო  
საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო  
შეტყობინების ფორმისა და წესის და რეესტრის წარმოების წესის  
დამტკიცების თაობაზე

**მუხლი 1**

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 154-ე მუხლის მე-7 პუნქტის შესაბამისად, ვბრძანებ:

დამტკიცდეს:

ა) ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმა და წესი (დანართი 1);

ბ) ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთა რეესტრის წარმოების წესი (დანართი 2).

**მუხლი 2**

ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

*ა. ურუშაძე*

*დანართი 1*

ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიმწოდებელთათვის სავალდებულო შეტყობინების ფორმა და წესი

**მუხლი 1. ზოგადი ნაწილი**

1. წინამდებარე წესი ადგენს ამბულატორიულად/დღის სტაციონარის პირობებში განსახორციელებელი, მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოსათვის (შემდგომში – სააგენტო) სავალდებულო შეტყობინების წესსა და პირობებს. (28.12.2011 N 01-67/6)

2. სავალდებულო შეტყობინებას ექვემდებარება „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის №359 დადგენილებით განსაზღვრული სამედიცინო საქმიანობის (საქმიანობების) განხორციელება. (19.02.2014 N 01-13/6)

3. შეტყობინებას ექვემდებარება როგორც საქმიანობის დაწყება, ისე გაუქმება.

### **მუხლი 2. შეტყობინების ფორმის შევსების წესი (19.02.2014 N 01-13/6)**

შეტყობინების ფორმა (დანართი 1<sup>1</sup>) ივსება შემდეგი სახით:

ა) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი – მიეთითება: იურიდიული პირის შემთხვევაში – სრული დასახელება, სამართლებრივი ფორმა, საიდენტიფიკაციო კოდი, ხოლო ფიზიკური პირის შემთხვევაში – სახელი, გვარი, პირადი ნომერი;

ბ) რეკვიზიტები – სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ფაქტობრივი მისამართი და საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი, ელ.ფოსტა, სხვა);

გ) უფლებამოსილი პირი – მიეთითება უფლებამოსილი პირის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი, საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი, ელ. ფოსტა, სხვა);

დ) ინფორმაცია მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობების შესახებ – აღინიშნება შესაბამისი საქმიანობის/საქმიანობების გრაფა;

ე) შეტყობინების ფორმას ხელს აწერს უფლებამოსილი პირი, მიუთითებს შევსების თარიღს და ამოწმებს ბეჭდით.

### **მუხლი 3. შეტყობინების წარმოდგენის წესი**

1. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია, საქმიანობის დაწყებამდე სააგენტოს მიაწოდოს დადგენილი წესის შესაბამისად შევსებული შეტყობინების ფორმა.

2. ის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, რომელიც 2014 წლის 21 თებერვლის მდგომარეობით არ ექვემდებარებოდა მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების მიწოდების შეტყობინების ვალდებულებას, 2014 წლის 1 მაისამდე ვალდებულია სააგენტოს წარუდგინოს შესაბამისი შეტყობინება ამ წესის შესაბამისად. (19.02.2014 N 01-13/6)

3. შეტყობინება შესაძლებელია წარდგენილ იქნეს ელექტრონული ფორმითაც.

4. სააგენტო ვალდებულია კანონმდებლობით დადგენილი ინფორმაცია ასახოს რეესტრში.

**დანართი 1<sup>1</sup>** (29.07.2015 N 01-24/6)

### **შეტყობინების ფორმა**

1. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი

---

---

---

---

(აღინიშნება: სახელწოდება, სამართლებრივი ფორმა, ფიზიკური პირის შემთხვევაში – სახელი და გვარი)

2. რეკვიზიტები

---

---

---

(აღნიშნება: მომსახურების მიწოდების ფაქტობრივი მისამართი, საკონტაქტო ინფორმაცია - ტელეფონი, ელ. ფოსტა, სხვ.)

3. საიდენტიფიკაციო კოდი/პირადი ნომერი № \_\_\_\_\_

4. უფლებამოსილი პირი

სახელი, გვარი, პირადი ნომერი

საკონტაქტო ინფორმაცია (ტელეფონი, ელ. ფოსტა, სხვ.)

5. ინფორმაცია მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის/საქმიანობების შესახებ: (27.05.2016 N 01-19/6)

დაწყება  
სტომატოლოგია

დასრულება  
სტომატოლოგია

ქირურგია (ყველა პროფილის, მ.შ.  
ოფთალმოლოგიური ქირურგია)

ქირურგია (ყველა პროფილის, მ.შ.  
ოფთალმოლოგიური ქირურგია)

მეანობა-გინეკოლოგია  
გადაუდებელი სამედიცინო  
დახმარება (Emergency)  
დერმატო-ვენეროლოგია (მ.შ.  
დერმატოკოსმეტოლოგია)  
რადიოლოგია  
(გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა)

მეანობა-გინეკოლოგია  
გადაუდებელი სამედიცინო  
დახმარება (Emergency)  
დერმატო-ვენეროლოგია (მ.შ.  
დერმატოკოსმეტოლოგია)  
რადიოლოგია  
(გარდა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკისა)

დიალიზი  
ინფექციურ დაავადებებთან  
(მათ შორის, აივ-ინფექციასთან/შიდსთან)  
დაკავშირებული საქმიანობა

დიალიზი  
ინფექციურ დაავადებებთან  
(მათ შორის, აივ-ინფექციასთან/შიდსთან)  
დაკავშირებული საქმიანობა

ფთიზიატრია  
ენდოსკოპია  
იმუნიზაცია

ოფთალმოლოგიური სერვისის ფარგლებში  
ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და  
უჯრედების აღება და/ან შენახვა და/ან გადანერგვა

6. უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა

შეტყობინების შევსების თარიღი

„-----“ „-----“ 20\_წ

ფთიზიატრია  
ენდოსკოპია  
იმუნიზაცია

ოფთალმოლოგიური სერვისის ფარგლებში  
ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილებისა და  
უჯრედების აღება და/ან შენახვა და/ან გადანერგვა

ბ. ა.