

Բժշկական կազմակերպության անվանումը

**ՔԱՂՎԱԾՔ**  
**ՄԵԾԱՐԱՍԱԿԻ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻՑ**

Տրման անսաթիվը, ամիսը և տարին \_\_\_\_\_

Քաղաքացի \_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ծննդյան տարեթիվը,*

*բնակության վայրը, հեռախոսահամարը)*

Աշխատանքի վայրը \_\_\_\_\_

Հիվանդության ախտորոշումը \_\_\_\_\_

Իրականացված լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների  
արդյունքները \_\_\_\_\_

Նշանակված բուժումը \_\_\_\_\_

Նշանակված ռեժիմը \_\_\_\_\_

Բուժող բժիշկ \_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Բժշկական կազմակերպության տնօրեն \_\_\_\_\_

*(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)*

Կ.Տ.