

09.12.2013

**ƏMR №143**

**“Tibbi arayışların verilməsi  
işinin təkmilləşdirilməsi barədə”**

“Mərkəzi icra hakimiyyəti orqanları tərəfindən konkret sahələr üzrə elektron xidmətlər göstərilməsi Qaydaları”nın və “Elektron xidmət növlərinin Siyahısı”nın təsdiq edilməsi haqqında” Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinin 2011-ci il 24 noyabr tarixli 191 nömrəli qərarına əsasən tibbi arayışların verilməsi işinin təkmilləşdirilməsi məqsədilə

**Ə M R E D İ R Ə M:**

1. “Sürücülüyə yararlı olmaq barədə” (Forma AZS-83) təsdiq edilsin (əlavə olunur).
2. “Azərbaycan Respublikası vətəndaşının şəxsiyyət vəsiqəsinin alınması üçün” tibbi arayış (Forma AZS-086/1) təqdim edilsin (əlavə olunur).
3. Səhiyyənin İnformasiyalaşdırılması Mərkəzinin direktoru C. Əsəd-zadəyə tapşırılsın:
  - 3.1. Sürücülüyə yararlı olmaq barədə” (Forma AZS-83) və “Azərbaycan Respublikası vətəndaşının şəxsiyyət vəsiqəsinin alınması üçün” tibbi arayış (Forma AZS-086/1) elektron registrləri yaradılsın;

3.2. “Tibbi arayışların elektron registrindən məlumatların verilməsi” üzrə elektron xidmət yaradılsın;

3.3. müvafiq tibbi arayışların səhiyyə müəssisələrində tətbiqi zamanı metodik yardımın və texniki dəstəyin göstərilməsi təmin edilsin.

4. Ambulator tibbi xidmət göstərən səhiyyə müəssisələrinin rəhbərlərinə tapşırılsın:

4.1. bu əmrin 1-ci və 2-ci bəndləri ilə təsdiq edilmiş tibbi arayışların 01 yanvar 2014-cü il tarixindən yalnız “Vətəndaşların Elektron Sağlamlıq Kart Sistemi”ndən çap edilərək vətəndaşlara təqdim edilməsi təmin edilsin;

4.2. müvafiq tibb heyətinin təlimatlandırılması təmin edilsin.

5. Əmrin icrasına nəzarət nazir müavini Nigar Əliyevaya həvalə edilsin.

**Oqtay Şirəliyev**



**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**

№

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI VƏTƏNDAŞININ  
ŞƏXSİYYƏT VƏSİQƏSİNİN ALINMASI ÜÇÜN TİBBİ ARAYIŞ № 086/1**

(Ərazi üzrə qeydiyyat və şəxsiyyət vəsiqəsi şöbəsinə təqdim etmək üçün)

VESKS kodu

**ARAYIŞI VERƏN TİBB MÜƏSSİSƏSİ**

**ARAYIŞ GÖNDƏRİLƏN RPİ-IN ADI**

Adı		Adı	
Ünvanı		Ünvanı	

**ARAYIŞ VERİLƏN ŞƏXS HAQQINDA MƏLUMAT**

**Yaşayış ünvanı**

S.A.A.		Ölkə	
Doğum tarixi		Rayon/ Şəhər	
Cinsi		Qəsəbə/Kənd	
Küçə/ev/mənzil			

**Göstəricilər**

Gözün rəngi			
Boyu			
Qan qrupu			
Tarix		M.Y.	
Arayışı dolduran şəxsin soyadı, adı, atasının adı		İmza	
Müalicə-profilaktika müəssisəsinin baş həkiminin soyadı, adı, atasının adı		İmza	