



Հիվանդի ժողովրդագրական փոփոխության մասին ծանուցում

Փոփոխություն պահանջող անձի անունը՝
 Կցեք ձեր անձը հաստատող փաստաթղթի պատճենը

Ազգանունը՝ _____ Անունը՝ _____

Կապը հիվանդի հետ՝ _____

Էլեկտրոնային փոստի հասցե՝ _____

Հիվանդի անունը (եթե այս տեղեկատվությունը պետք է փոխվի, նշեք հիվանդի նախորդ անունը)՝

Ազգանունը՝ _____ Անունը՝ _____

Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը (եթե այս տեղեկատվությունը պետք է փոխվի, նշեք հիվանդի ծննդյան ամսաթվի նախորդ տվյալները)՝

(ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝ ____ / ____ / _____

Ստորագրություն՝ _____
 Այսօրվա ամսաթիվը՝ _____

(ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝ ____ / ____ / _____

Լրացրեք միայն այն տողերը, որոնք պետք է փոխվեն.

****Օրինական անվան և/կամ ծննդյան ամսաթվի ցանկացած փոփոխության համար կցեք հիվանդի ծննդյան վկայականը/իրավաբանական փաստաթղթերը:**

Թարմացման ենթակա տեղեկատվություն	Նախորդ	Նոր
Օրինական անունը**		
Նախընտրելի անունը		
Ծննդյան ամսաթիվը**		
Իրավաբանական սեռ	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Ինտերսեքս <input type="checkbox"/> Ոչ բինար	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Ինտերսեքս <input type="checkbox"/> Ոչ բինար
Գենդեր	<input type="checkbox"/> Աղջիկ/կին <input type="checkbox"/> Տղա/տղամարդ <input type="checkbox"/> Տրանսգենդեր աղջիկ/կին <input type="checkbox"/> Տրանսգենդեր տղա/տղամարդ <input type="checkbox"/> Գենդերավիր/գենդերային բազմազանություն <input type="checkbox"/> Ոչ բինար <input type="checkbox"/> Ազենդեր <input type="checkbox"/> Անորոշ <input type="checkbox"/> Նշված չէ՝ _____ <input type="checkbox"/> Հարաժարվել նշել	<input type="checkbox"/> Աղջիկ/կին <input type="checkbox"/> Տղա/տղամարդ <input type="checkbox"/> Տրանսգենդեր աղջիկ/կին <input type="checkbox"/> Տրանսգենդեր տղա/տղամարդ <input type="checkbox"/> Գենդերավիր/գենդերային բազմազանություն <input type="checkbox"/> Ոչ բինար <input type="checkbox"/> Ազենդեր <input type="checkbox"/> Անորոշ <input type="checkbox"/> Նշված չէ՝ _____ <input type="checkbox"/> Հարաժարվել նշել



Թարմացման ենթակա տեղեկատվություն	Նախորդ	Նոր
Դերանուններ	<input type="checkbox"/> Նա/նրա/նրանը <input type="checkbox"/> Նա/նրա/նրանը <input type="checkbox"/> Նրանք/նրանց/նրանցը <input type="checkbox"/> Հրաժարվել նշել <input type="checkbox"/> Նշված չէ՝ _____	<input type="checkbox"/> Նա/նրա/նրանը <input type="checkbox"/> Նա/նրա/նրանը <input type="checkbox"/> Նրանք/նրանց/նրանցը <input type="checkbox"/> Հրաժարվել նշել <input type="checkbox"/> Նշված չէ՝ _____
Հասցե		
Խնամակալ 1		
Խնամակալ 2		
Այլ՝ _____		

Այս հիվանդի վերաբերյալ տեղեկատվությունն ամբողջությամբ կամ փոքր-ինչ կփոխվի: Սակայն, նախքան փոփոխությունը փաստաթղթերը դեռ կարող են ցույց տալ նախկին տեղեկատվությունը: Օգտագործվող անունը և դերանունները զաղտնի չեն: Դրանք կարտացույց են հիվանդի ապարանջանի վրա և տեսանելի կլինեն էլեկտրոնային բժշկական գրանցամատյանում:

Չնայած նրան, որ մենք ճանաչում ենք բոլոր գեներային ինքնությունները, շատ ապահովագրական ընկերություններ և իրավաբանական կազմակերպություններ դա չեն անում: Ի նկատի ունեցե՞ք, որ ձեր ապահովագրության մեջ նշված օրինական անունը և սեռը պետք է օգտագործվեն ապահովագրական ընկերության հետ հաշվապահական հաղորդակցության և անհրաժեշտ փաստաթղթեր տրամադրելու համար: Եթե ապահովագրություն չունե՞ք, ապա նշե՞ք ձեր կառավարության կողմից տրված՝ ձեր ինքնությունը հատատող փաստաթղթում (օրինակ՝ վարորդական իրավունքի վկայականում) պարունակվող տվյալները:

Օգտագործել միայն ԼՐԱՆ -----

Հիվանդի բժշկական գրառման համարը՝
 Փոփոխության ամսաթիվը՝

Աշխատակից՝