

Направление на телемедицинскую консультацию

Направление № _____ от « _____ » _____ 201 ____ г.

Наименование МО Заказчика _____

Личные данные пациента				Полис ОМС			
Фамилия				СМО			
Имя				Серия			
Отчество				Номер			
Дата рождения				Дата выдачи			
Пол							
СНИЛС							
Документ, удостоверяющий личность							
Тип документа							
Серия							
Номер							
Дата выдачи							
Личные данные законного представителя пациента (при необходимости)						Полис ОМС законного представителя пациента (при необходимости)	
Фамилия						СМО	
Имя						Серия	
Отчество				Номер			
Дата рождения				Дата выдачи			

Адрес регистрации _____

Адрес проживания _____

Заявка направляется в _____
Наименование МО Исполнителя

Профиль (специальность) врача-консультанта: _____

Диагноз направления: _____

Код МКБ _____

Цель консультации (подчеркнуть нужное) Диагностика заболевания, Уточнение диагноза и лечения, Определение тактики ведения пациента, Госпитализация, Иное (указать)-

Вид консультации (подчеркнуть нужное) первичная / повторная; экстренная / неотложная / плановая

Вопросы врачу-консультанту: _____

Лечащий врач отделения _____ / _____ /
телефон: _____Заместитель главного врача / Заведующий отделением _____ / _____ /
телефон: _____Ф.И.О. ответственного лица, передавшего заявку,
телефон: _____

Заявка отправлена: от « _____ » _____ 201 ____ г.

