

\_\_\_\_\_ (наименование и адрес медицинской организации)

Исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

### НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

4. Номер страхового полиса ОМС \_\_\_\_\_

5. Название страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

6. Номер СНИЛС \_\_\_\_\_

7. Код диагноза по МКБ-10 \_\_\_\_\_

8. Профиль ВМП \_\_\_\_\_

9. Наименование вида ВМП (в соответствии с перечнем) \_\_\_\_\_

10. Фамилия, имя, отчество и должность лечащего врача, контактный телефон, электронный адрес (при наличии) \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

Подпись

Ф.И.О.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Подпись, личная печать врача.

Печать направляющей медицинской организации