

Штамп поликлиники
Печать поликлиники
Печать врача

_____ (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