

## НАПРАВЛЕНИЕ

### на консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях ГАУЗ СО "СОКБ № 1"

#### 1. Реквизиты медицинской организации, выдавшей направление

	Наименование медицинской организации																																															
	Адрес, телефон																																															
Код медицинской организации	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																															
Код ОГРН	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																															
Код структурного подразделения	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																															
Код врача, выдавшего направление	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																															
Специальность врача, выдавшего направление	_____																																															
Дата выдачи направления	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
	день	месяц	год																																													
				№ направления																																												

#### 2. Фамилия, Имя, Отчество пациента

_____																																																																								
Дата рождения	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																							
Адрес проживания	_____																																																																							
Контактный телефон	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																							
Социальный статус	_____																																																																							
Инвалидность, группа	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																							
Страховой полис ОМС	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																							
				1. полис старого образца			2. временное свидетельство			3. полис нового образца																																																														
Номер полиса	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																							
Код основного диагноза по МКБ-10	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																							
Код льготы	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																							

#### 3. Реквизиты медицинской организации, куда направлен пациент

ГАУЗ СО "Свердловская областная клиническая больница №1"																												
Наименование медицинской организации																												
Код медицинской организации	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td>6</td><td>6</td><td>0</td><td>3</td><td>5</td><td>0</td></tr> </table>			6	6	0	3	5	0	Телефон	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td>8</td><td>(3</td><td>4</td><td>3)</td><td>3</td><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>9</td><td>7</td></tr> </table>					8	(3	4	3)	3	5	1	1	6	9	7		
6	6	0	3	5	0																							
8	(3	4	3)	3	5	1	1	6	9	7																		

<b>4. Направлен</b> (тип направления)	1 - направление на госпитализацию в круглосуточный стационар; 2 - направление на госпитализацию в дневной стационар; 3 - направление на консультативный прием в амбулаторно-поликлинических условиях; 4 - направление на проведение лабораторных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях; 5 - направление на проведение инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях; 6 - направление на телеконсультацию врач-врач; 7 - направление на телеконсультацию врач-пациент; 8 - направление на оказание услуг в амбулаторно-поликлинических условиях							
	Профиль направления	_____						
	(заполняется из справочника «профиль направления» приложение №4)							
Расшифровка типа направления	_____							
	(профиль отделения, специальность врача, диагностическое обследование)							
Форма оказания медицинской помощи	1. плановая		2. неотложная		3. экстренная			
Необходимость оперативного	1. да		2. нет					
Цель направления	_____							

5. Дата, время планируемой госпитализации,  
консультации, диагностического обследования

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Вид оплаты

1. ОМС
2. Бюджет
3. Платные услуги
4. в т.ч. ДМС
5. Другое


Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

Дата

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Время

--	--	--	--	--	--

Заполняется из расписания

\_\_\_\_\_  
Подпись врача, выдавшего направление

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. врача, выдавшего направление

\_\_\_\_\_  
Подпись заведующего отделением

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. заведующего отделением

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на консультацию, проведение лабораторно-инструментальных исследований  
в амбулаторно-поликлинических условиях ГАУЗ СО "СОКБ № 1"**

Анамнез, проведенное обследование и лечение:

---

---

---

---

---

---

---

---

ОАК:

---

Биохимический анализ крови:

---

---

---

ОАМ:

---

---

ЭКГ:

---

---

Рентгенологические методы обследования:

---

---

---

---

Специальные методы обследования:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(подпись врача, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_  
(подпись заведующего отделением)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заведующего отделением)