Направление
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

1. Фамилия, имя, отчество _____

_____

2. Дата рождения _____
3. Адрес постоянного места жительства (пребывания)_____

_____

4. номер страхового полиса ОМС и название страховой медицинской организации:

5. Страховое свидетельство обязательного пенсионного пенсионного страхования _____

6. Код диагноза по МКБ | | | | | |

7. Профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем ВМП, показанной пациенту_____

_____

8. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи_____

_____

9. Нуждается в сопровождающем для проезда к месту лечения, в медицинские организации за пределами Тюменской области на территории РФ: ДА, НЕТ

(подчеркнуть нужное)

ФИО врача, направившего больного

_____

(Ф.И.О.) (Должность) (подпись)

Телефон контактный врача: _____ Печать врача

Электронная почта врача: _____

Заведующий отделением (Председатель ВК)

_____

(Ф.И.О.) (Должность) (подпись)

"_____" _____ _____ г.