_____
(Наименование направившего медицинского учреждения)
_____
_____
_____
(Адрес, телефон медицинского учреждения)

Код ОГРН

НАПРАВЛЕНИЕ № _____

На медицинскую реабилитацию от «_____»_____ _____201 г.

_____
(наименование медицинской организации куда направлен пациент)

1. Ф.И.О. пациента _____
2. Дата рождения «_____»_____ _____ _____ Пол _____м/ж _____

число месяц год

1. Адрес постоянного места жительства _____
_____
2. Рабочий, домашний телефон_____
3. Место работы, должность _____
4. № страхового медицинского полиса _____
5. Страховая компания _____
(наименование)
6. _____
Наименование территориального лечебно-профилактического учреждения (далее-ЛПУ) по месту прикрепления
7. Диагноз направившегоЛПУ:
(диагноз клинический, код в соответствии с МКБ-10)
Основной _____
_____
_____
Сопутствующий _____
_____
_____
8. Обоснование направления (наличие реабилитационного потенциала)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Оборотная сторона формы

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

Жалобы, краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни,проведенное лечение, состояние при направлении: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Данные исследования:

1. Общий анализ кровиот _____
   _____
2. Общий анализ мочи от_____
   _____
3. Кал на яйца глист от_____
4. Биохимический анализ крови от _____
   _____
5. УМСС от_____
6. ЭКГ от _____
   _____
   _____
   _____
7. Заключение гинеколога (для женщин) от _____
   _____
   _____
8. Данные флюорографии от (не позднее одного года давности) от_____
   _____
9. Данные дополнительных обследований, подтверждающих основное заболевание (ФГДС, УЗС,RRS и другие) от _____
   _____
   _____
   _____
10. Заключение врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний от _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

Врач _____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) МП врача
Зав. отделением _____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись) МП врача
МП
Направившего ЛПУ