Приложение 2
утверждено приказом
министерства здравоохранения
от №

Штамп направляющего ЛПУ

НАПРАВЛЕНИЕ

_____

(медицинская организация, куда направляется больной)

1. Фамилия, имя, отчество

_____

(полностью)

2. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

3. Адрес регистрации по месту жительства _____

4. Социальный статус (необходимое подчеркнуть): 1- учащийся, 2 – работающий, 3 неработающий, 4 - пенсионер, 5 – военнослужащий

5. Место работы, должность_____

6. Код льготы

7. Полис ОМС:

СНИЛС				-				-				-			

8. Инвалидность (необходимое подчеркнуть): 1 – I группа, 2 – II группа, 3 - III группа

9. Диагноз направляющего учреждения

Основной

_____

_____

_____

_____МКБ 10_____

Сопутствующий_____

_____

_____МКБ 10

10.Жалобы_____

_____

_____

_____

_____

11. Анамнез, в т.ч. аллергический и экспертный (с указанием даты и № листка нетрудоспособности, дата и решение ВК)

_____
_____
_____
_____

12. Объективные данные:
_____
_____
_____
_____
_____

13. Результаты проведенных исследований (даты исследований, протоколы):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

14. Проведенное лечение:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

15. Цель направления
_____
(консультация с указанием профиля специалиста, госпитализация с указанием вида оперативного вмешательства, иная)
_____
_____
_____
_____

Дата выдачи направления «____» _____20____г.

Врач_____/ФИО_____/Заведующий отделением (или председатель ВК)_____/_____

Место печати ЛПУ