

Графы : код диагноза, форма, вид, условия оказания медицинской помощи, обоснование (показания) направления- необходимо заполнить согласно представленному образцу (выделено красным цветом)

В случае отсутствия данного документа пациент будет направлен по месту жительства.

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

N _____

Дата заполнения направления: число _____ месяц _____ год _____

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования:

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: число _____ месяц _____ год _____

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу

Фамилия, имя, отчество (при наличии)
пациента

Дата рождения: " __ " _____ г. Пол: муж - 1, жен - 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____ район
населенный пункт _____ улица _____ дом _____
строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____ улица _____
дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская - 1, сельская - 2

Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2,
пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочие - 6

Код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем,
связанных со здоровьем **N 18.5**

Направляется для оказания медицинской
помощи:

форма: экстренная - 1, неотложная - 2, **плановая - 3;**

вид: первичная медико-санитарная помощь, в том числе специализированная - 1,
специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь - 2,

палиативная медицинская помощь - 3; скорая специализированная медицинская
помощь - 4;

условия: **амбулаторно - 1; в дневном стационаре - 2;** стационарно - 3.

Обоснование (показания) направления с указанием числа назначаемых курсов (циклов)
лечения **Хроническая болезнь почек 5Д**

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П. (при наличии)