(наименование учреждения здравоохранения)

ВЫПИСКА
из первичной документации для направления на предоставление высокотехнологичной медицинской помощи

Дата выдачи «___»_____20__г. СНИЛС_____

1. Фамилия, имя, отчество_____
2. Дата рождения_____ 3. Пол_____
4. Адрес регистрации по месту жительства_____
5. Контактные телефоны (мобильный, домашний)_____
6. Документ, удостоверяющий личность_____
7. Страховой полис_____
8. Инвалид_____ с _____года.
9. Место работы_____
10. Должность_____

11. История настоящего заболевания (начало, развитие, течение)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

12. Проведенные лечебно-профилактические мероприятия и их результаты (с указанием дат)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

13. Состояние больного при направлении на предоставление высокотехнологичной медицинской помощи

_____
_____
_____
_____
_____

14. Данные лабораторных исследований:

15. Данные инструментальных исследований:

16. Диагноз при направлении на предоставление высокотехнологичной медицинской помощи
Основное заболевание (с указанием кода по МКБ 10)

Сопутствующие заболевания:

Лечащий врач _____ _____
Подпись ФИО

Заместитель главного врача
по лечебной работе
(по поликлинике) _____ _____
Подпись ФИО

М.П.

Заключение специалиста-эксперта:_____

Дата консультации: _____ _____
Подпись ФИО