

Приказ Министерства здравоохранения Иркутской области
от 22 мая 2013 г. N 83-МПР

"Об утверждении формы направления в медицинские организации Иркутской области"

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года N 406н "Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", руководствуясь пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года N 174-пп, приказываю:

1. Утвердить форму направления в медицинские организации Иркутской области (прилагается).
2. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию.

Министр

Н.Г.Корнилов

Направление N _____
в медицинские организации Иркутской области
(утв. Приказом Министерства здравоохранения
Иркутской области от 22 мая 2013 г. N 83-МПР)

от " _____ " _____ 20__ г.

(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата _____ Месяц _____ Год рождения _____ Пол ___ м/ж ___
Рабочий, домашний телефон _____
Регистрация по месту жительства _____

Страховой полис серия _____ N _____
Страховая компания (наименование) _____
Направляется в _____

(наименование медицинской организации, в которую направляется пациент)
Дата приема _____ Время приема _____
Наименование медицинской организации по месту прикрепления

Наименование направившей медицинской организации

Направлен (а) на

- 1) консультацию (вписать специалистов)
- 2) исследование (указать вид исследования)
- 3) госпитализацию

Цель консультации (и, или) исследования (нужное обвести):

- 01 - дообследование при неясном диагнозе;
- 02 - уточнение диагноза;
- 03 - для коррекции лечения;

04 - дообследование для госпитализации;

05 - и прочие цели (нужное вписать) _____

Диагноз направившей медицинской организации (диагноз/ код диагноза в соответствии с МКБ10):

Основной _____
_____/_____/

Сопутствующий _____
_____/_____/

Выписка из амбулаторной карты:

(данные анамнеза, клиники, предварительного обследования и проведенного лечения)

Сведения о профилактических прививках (для детей до 18 лет)

Справка об отсутствии инфекционных контактов (для детей до 18 лет), выданная не ранее 3 дней на дату поступления в ОГУЗ _____

Врач _____
Фамилия, И.О. подпись

телефон _____ " _____ " _____ 20__ г.

Руководитель направившей
медицинской организации _____
Фамилия, И.О. подпись

Место печати
направившей
медицинской организации

Согласие пациента на передачу сведений электронной почтой для осуществления предварительной записи и передачи заключения:

Ф.И.О. пациента

подпись