

УТВЕРЖДЕН

распоряжением министерства
здравоохранения Кировской об-
ласти

от 25.11.2015 № 1103

БЛАНК

направления в областную государственную медицинскую организацию для оказания
первичной специализированной медико-санитарной помощи

(наименование МО, выдавшей направление)

НАПРАВЛЕНИЕ № _____

на _____
(консультативный прием, стационарное лечение и пр.)в _____
(наименование МО, в которую направляется пациент)

Профиль помощи _____ вид помощи _____

Ф.И.О. _____ дата рождения _____

Адрес _____ № полиса _____

Место работы или учебы _____

Диагноз и шифр по МКБ X _____

«__» _____ 20__ г. Врач _____ подпись _____

М.П. Председатель ВК _____ подпись _____

(линия отреза)

КОРЕШОК НАПРАВЛЕНИЯ № _____

Наименование МО третьего уровня _____

Отделение (профиль консультанта) _____ вид помощи _____

Ф.И.О. _____ дата рождения _____

Адрес _____ № полиса _____

Диагноз и шифр по МКБ X _____

(при направлении)

Диагноз и шифр по МКБ X _____

(при выписке или после консультации)

Дефекты, установленные при направлении пациента

Сроки оказания помощи _____

«__» _____ 20__ г. Врач _____ подпись _____

М.П. Главный врач (заместитель) _____ подпись _____