

Штамп медицинской организации

**Направление на госпитализацию для оказания
высокотехнологичной медицинской помощи**

от " __ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Полис ОМС: _____

номер полиса и название страховой организации

Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования: _____

Код основного диагноза по МКБ-10:

Профиль, наименование вида ВМП в соответствии с Перечнем видов ВМП,
утвержденным Программой Государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи: _____

№ группы ВМП: _____ Раздел I _____ Раздел II _____
метод лечения ВМП: _____

модель пациента: _____

Медицинская организация, в которую направляется пациент для оказания ВМП:

Лечащий врач: _____

_____ / _____ /
подпись ФИО полностью

_____ / _____ / _____
должность контактный телефон электронный адрес

Наличие медицинских показаний к оказанию ВМП подтверждается решением
подкомиссии Врачебной комиссии. Протокол № _____ от « ____ » _____ 20** г.

Руководитель медицинской организации:

подпись, ФИО

« ____ » _____ 20** г.

М.П.организации