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

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

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