

Штамп направившей  
медицинской  
организации

Наименование ЛПУ, куда направляется пациент  
Наименование направившего ЛПУ  
Наименование страховой компании

ПОЛИС: \_\_\_\_\_  
Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Число \_\_\_\_\_ Месяц \_\_\_\_\_ Год рождения \_\_\_\_\_

Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

Социальный статус \_\_\_\_\_

ЛПУ прикрепления \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Для детей до 15 лет

Полный направительный диагноз

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Код по 

--	--	--	--	--	--

 МКБ –10

Цель исследования, консультации (нужное подчеркнуть):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заказанные исследования, консультации:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ Месяц \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_

Ф. И. О., должность направившего врача \_\_\_\_\_  
(разборчиво)

Подпись \_\_\_\_\_

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

М. П. ВРАЧА

М. П. ЛПУ

\*\*\*Для пациентов с инобластным полисом обязательно дополнительно указать документ: паспорт, свидетельство о рождении, удостоверение личности (нужное подчеркнуть):

Серия паспорта \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_

Адрес прописки: город \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_, населенный пункт \_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_.

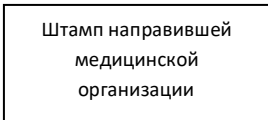
Место работы \_\_\_\_\_

Название инобластной страховой компании \_\_\_\_\_

Полис: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Наименование региона России, выдавшего полис \_\_\_\_\_

Приложение 2



**Выписка**  
из амбулаторной карты (истории болезни)  
для врача-консультанта

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Место жительства \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

Данные исследования (копии протоколов УЗИ, КТ, МРТ, если они имеются) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Проведенное лечение \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Результаты проведенного лечения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Цель направления \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Ф. И. О. лечащего врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

М. П. ЛПУ

М. П. врача