|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение № 2  к приказу министра здравоохранения  Свердловской области  от 11.01.2017 № 15-П/1    ***Направление на проведение эхокардиографии в амбулаторно-поликлинических условиях***  Телефон для записи на УЗИ сердца 8 (343) 371-30-89    Медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код МО, выдавшей направление | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| Код ОГРН | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| Код структурного подразделения МО | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| Код врача, выдавшего направление | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |
| Дата выдачи направления | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |
| день | | месяц | | | год | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Номер направления | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код МО |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |
| Тип направления | |  |  |  | |  |  |  | | |  | | 1- круглосуточный стационар | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | 2- дневной стационар; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | 3- консультативные прием в амбулаторно-поликлинических условиях, в соответствии с маршрутизацией, установленной распорядительными документами МЗ СО и Управления здравоохранением Администрации г.Екатеринбурга | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | **4- проведение лабораторно-инструментальных исследований в амбулаторно-поликлинических условиях** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | 5- на телеконсультацию | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | 6 - внутреннее направление (межкабинетное консультирование) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Страховой полис ОМС** | | **1.полис старого образца** | | | | |  | 2. временное свидетельство | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 3. полис нового образца | | | |
|  |  | |
| ***НОМЕР*** |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| Фамилия, имя, отчество пациента |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес проживания | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| Код диагноза по МКБ-10 | | Q |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| Цель направления | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата, время планируемой госпитализации, консультации, обследования | |  |  |  | |  | 2 | 0 | | | 2 | | 1 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| Подпись врача, выдавшего направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО врача, выдавшего направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО заведующего отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |