|  |
| --- |
|  Приложение № 2к 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |