

Штамп медицинской организации

Направление на госпитализацию для оказания ВМП

от « » _____ 202__ г.

1. Ф.И.О. пациента: _____

2. Дата рождения: _____

3. Адрес регистрации по месту жительства _____

4. Адрес фактического проживания _____

5. Номер полис обязательного медицинского страхования и название страховой
медицинской организации _____

6. Страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)
№ _____

7. Код диагноза основного заболевания по МКБ-10 _____

8. Профиль, наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП,
показанного пациенту _____

9. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент
для оказания высокотехнологичной медицинской помощи _____

10. Лечащий врач _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

11. Должность лечащего врача _____ контактный тел. _____

12. Руководитель направляющей МО: _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

МП организации