

## НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ВМП

№ \_\_\_\_\_\*

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.\*\*

1. **Фамилия, имя, отчество:**
2. **Дата рождения:**
3. **Адрес регистрации:**
4. **Наименование страховой организации, серия, номер полиса:**
5. **СНИЛС:**
6. **Диагноз (код по МКБ-10) :**
7. **Профиль ВМП офтальмология, группа \_\_\_\_\_, код вида ВМП \_\_\_\_\_**
8. **Наименование вида ВМП**
9. **Модель**
10. **Вид лечения:** хирургическое лечение
11. **Метод лечения:**
12. **Наименование МО, в которую направляется пациент для оказания ВМП:**  
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России

**Лечащий врач:** \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., должность, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии))*

*М.П. лечащего врача*

**Руководитель МО:** \_\_\_\_\_

*(уполномоченное лицо)*

*(Ф.И.О., подпись)*

*М.П.направляющей МО*

\*- номер протокола врачебной комиссии направляющей медицинской организации;

\*\* - дата заседания врачебной комиссии направляющей медицинской организации.