Приложение 6

Заполняет работник территориальной МО							**Заполняет работник БУЗ ВО «ВОКБ»**		
№	Фамилия, имя, отчество пациента	№ полиса	Год последнего обращения в БУЗ ВО «ВОКБ»	Врач – специалист, к кому направлен пациент	Дата предполагаемого приема	Возможность приехать пациенту на следующий день после отправки информации	Дата приема (заполняется регистратором БУЗ ВО «ВОКБ»)	Время приема	№ кабинета