

Штамп медицинской организации

Направление на госпитализацию для оказания ВМП

от « » _____ 202__ г.

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации по месту жительства: _____

Адрес фактического проживания: _____

Полис ОМС _____

(Номер полиса обязательного медицинского страхования и название медицинской организации)

СНИЛС № _____

(Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования)

Код диагноза по МКБ-10: _____

Профиль, наименование вида ВМП (код) в соответствии Приложением к Программе гос. гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 г № 2299):

Раздел I (средства Территориального Фонда ОМС): _____

Раздел II (средства Федерального Фонда ОМС): _____

№ клинико-экономической группы ВМП: _____

Медицинская организация, в которую направляется пациент для оказания ВМП _____

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

должность леч. врача _____ контактный тел. _____

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

МП организации