*Приложение №4 к приказу Управления*

*Здравоохранения города Ростова-на-Дону*

*№392 от 30.12.2020 года*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(наименование направившей медицинской организации)*

**НАПРАВЛЕНИЕ** № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

**на госпитализацию в дневной стационар медицинского центра «НЕЙРОДОН»**

**г. Ростов-на-Дону, ул. Мясникова, 50/31, тел. 285-62-05 или 8-918-556-13-26**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при направлении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код МКБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие диагнозы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Необходимые исследования

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование исследования** | **Дата** |
| *Анализ крови общий* |  |
| *Анализ мочи общий* |  |
| *Анализ крови на ВИЧ* |  |
| *Реакция Вассермана* |  |
| *Гепатиты В и С* |  |
| *Флюорография или рентгенография органов грудной клетки* |  |
| *Электрокардиограмма* |  |

Наименование направившего ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись (Ф.И.О.) место печати

Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись (Ф.И.О.) место печати

Настоящее направление выдается пациенту бесплатно и гарантирует получение медицинской помощи в системе ОМС
т.е. бесплатно для пациента при соблюдении необходимых условий.

***Необходима предварительная запись по* телефону 285-62-05 или 8-918-556-13-26.**

***При обращении в медицинский центр необходимо иметь:***

**1. Действующий страховой полис ОМС; паспорт гражданина РФ или документ, его заменяющий, СНИЛС пациента.**

**Для несовершеннолетних: Свидетельство о рождении, действующий страховой полис ОМС, паспорт родителя, паспорт гражданина (для детей с 15 лет), СНИЛС пациента .**

**2. Результаты исследований.**

**3. Выписка из амбулаторной карты или истории болезни, заверенная печатью учреждения и подписью заведующего отделением (форма № 027/у).**

**Рекомендовано явиться в медицинский центр за 15 мин до назначенного времени для оформления медицинских документов**