

\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения)

\_\_\_\_\_

(адрес)

Код ОГРН 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи в эндокринологическое/гастроэнтерологическое/терапевтическое отделение

клиники НИИТПМ- филиал ИЦиГ СО РАН (ул. Мичурина 15)

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания), телефон \_\_\_\_\_

4. Номер страхового полиса ОМС, наименование страховой организации: \_\_\_\_\_

5. Страховое свидетельство  
обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_

6. Код основного диагноза по МКБ-10 (расшифровка диагноза): \_\_\_\_\_

7. Результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи:

На основании клинико-anamnestических данных, нетипичного течения заболевания и отсутствия эффекта от проводимой терапии, наличия коморбидных заболеваний, необходимости дополнительного обследования перед хирургическими вмешательствами и повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации (нужное подчеркнуть) пациенту показана госпитализация.

8. Профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия её оказания (нужное подчеркнуть): стационарно/в дневном стационаре

9. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи: **клиника НИИТПМ-филиал ИЦиГ СО РАН**

Должность лечащего врача,  
направившего больного, контактный телефон,  
электронный адрес (при наличии)

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

МП (врача)  
Руководитель МО (или уполномоченное лицо)

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_

подпись  
МП (организации)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.