Приложение 6 к приказу

Территориального фонда ОМС от 16.07.2019 № 228-ОД

 Приложение 12

к регламенту взаимодействия участников ОМС

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения Чувашской Республики |  |  |
|  |  |  |
| (мед. учреждение, выдавшее направление) |  |  |
|  |  |  |
| (адрес) |  |  |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| на госпитализацию (круглосуточный стационар, дневной стационар при стац., дневной стационар при поликл., дневной стационар на дому), восстановительное лечение, обследование, консультацию |
| (III (клинический), II (межрайонный), I (муниципальный) уровень) |
| (нужное подчеркнуть) |
| в  |  |
|  | (наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент) |
| отделение |  | форма оказания мед. помощи (план., экстр., неотложная) |
| Дата плановой госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Полис: |  | 2. Код льготы |  |
| 3. ФИО |  | 4. Дата рождения |  |
| 5. Адрес постоянного жительства |  |
| 6. Место работы или учебы, должность |  |
| 7. Код диагноза по МКБ |  |
| 7.1. Характер заболевания\* (острое, впервые в жизни установленное хроническое, ранее установленное хроническое) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. Обоснование направления |
|  |
|  |
|  |
| Должность мед. работника, напр. больного |  | код |  |
|  |
| (Ф.И.О., подпись) |
| Зам. главного врача |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | (Ф.И.О., подпись) |  |  |  |  |  |
| “\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |  |  |  |  |  |  |
| \*Заполняется при установленном диагнозе злокачественного новообразования (МКБ-10: С00-С97, D00-D09). |
| линия отреза **остается в МО, выдавшей направление** |
| Корешок НАПРАВЛЕНИЯ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Наименование МО |  |
| отделение |  | форма оказания мед. помощи (план., экстр., неотложная) |
| 1. Полис: |  | 2. Код льготы |  |
| 3. ФИО |  | 4. Дата рождения |  |
| 5. Адрес постоянного жительства |  |
| 6. Место работы или учебы, должность |  |
| 7. Код диагноза по МКБ при направлении |  |
| 8. Код диагноза по МКБ заключительный |  |
|  9. Сроки оказания медицинской помощи |  |
| Врач |  | код |  |
|  | (Ф.И.О., подпись) |  |  |
| Зам. главного врача |  |  |
|  |  |  |  |  |  | (Ф.И.О., подпись) |  |  |  |  |  |
| “\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |  |  |  |  |  |  |