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. | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  |  | |