

Направление на госпитализацию  
для проведения медицинской реабилитации по ОМС

Направляется \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации по месту жительства (пребывания))

\_\_\_\_\_  
(номер страхового полиса ОМС и наименование страховой медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования)

\_\_\_\_\_  
(код основного диагноза в соответствии с МКБ-10)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (результаты лабораторных (ОАК, ОАМ, БАК (сахар, по показаниям) – в течение 1 мес.), инструментальных (ФГ в течение года, ЭКГ в течение 1 мес., рентгенография/КТ) и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз, консультации)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наличие медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации (реабилитационный потенциал), ШРМ)

медицинская реабилитация на 2 этапе в стационарных условиях

в отделении медицинской реабилитации

(профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия её оказания)

ФБУ Центр реабилитации СФР «Вятские Увалы»

(наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи)

\_\_\_\_\_  
(ФИО и должность врача, направляющего пациента)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон и электронный адрес врача, направляющего пациента)

Врач \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (подпись) (ФИО)

Руководитель МО (уполномоченное лицо) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (подпись) (ФИО)

МП