Комитет здравоохранения
Российской Федерации
ГБУЗ "Волгоградская областная детская клиническая больница
Волгоград, ул. им. Землячки, 76
т.54-43-02, 54-42-90
эл.адрес vodkb1@vomiac.ru
сайт ВОДКБ34.РФ

НАПРАВЛЕНИЕ
в консультативную поликлинику
ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница»

К врачу_____
(указать специальность)

1.Наименование страховой компании _____

Номер страхового полиса ОМС: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. Фамилия, имя, отчество пациента _____
_____

3. Дата рождения _____

4. Адрес постоянного места жительства _____

5. Адрес регистрации _____

6. Диагноз при направлении _____

7. Сопутствующие заболевания_____

_____

8. Цель консультации _____

_____

(Отдельно прилагается выписка, содержащая сведения из истории развития ребенка: анамнез жизни, анамнез заболевания, результаты проведенного обследования в соответствии с профилем заболевания, копии выписок из стационара, данные о проводимом лечении с указанием доз лекарственных препаратов и эффекта от терапии).

9. Доверенность сопровождающему ребенка лицу при отсутствии на приеме законного представителя (родители, опекун, усыновитель) нотариально заверенная либо бланк информированного согласия одного из родителей, заверенный медицинским учреждением, направляющим пациента*

Должность медицинского работника, направившего больного: _____

_____ /_____/
Ф.И.О. подпись

Заведующий отделением: _____ /_____/
Ф.И.О. подпись

МП

«___» _____ 201__ г.