

УТВЕРЖДЕН
распоряжением министерства
здравоохранения Кировской об-
ласти
от 25.11.2015 №1103

НАПРАВЛЕНИЕ
**в областную государственную медицинскую организацию для оказания первичной спе-
циализированной медико-санитарной помощи**

_____ (наименование МО, выдавшей направление)

НАПРАВЛЕНИЕ № _____

на _____

(консультативный прием, стационарное лечение и пр.)

в КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница»

(наименование МО, в которую направляется пациент)

Профиль помощи _____ вид помощи _____

Ф.И.О. _____ дата рождения _____

Адрес _____ № полиса _____

Место работы или учебы _____

Диагноз и шифр по МКБ X _____

«__» _____ 20__ г. Врач _____ подпись _____

М.П. Председатель ВК _____ подпись _____

(линия отреза)

КОРЕШОК НАПРАВЛЕНИЯ №

Наименование МО третьего уровня _____

Отделение (профиль консультанта) _____ вид помощи _____

Ф.И.О. _____ дата рождения _____

Адрес _____ № полиса _____

Диагноз и шифр по МКБ X _____

(при направлении)

Диагноз и шифр по МКБ X _____

(при выписке или после консультации)

Дефекты, установленные при направлении пациента

Сроки оказания помощи _____

«__» _____ 20__ г. Врач _____ подпись _____

М.П. Главный врач (заместитель) _____ подпись _____