

## ПАМЯТКА ПАЦИЕНТА!

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

- Амбулаторная карта, выписка из истории болезни
- Направление с визой заведующего отделением на госпитализацию
- Направление в дневной стационар, заполненное с результатами анализов
- Копия (+ оригинал) медицинского полиса ОМС
- Копия (+ оригинал) свидетельства о рождении (до 14 лет)
- Копия (+ оригинал) паспорта (старше 14 лет)
- Паспорт законного представителя пациента
- Простынь
- Крем (масло) для массажа
- Полотенце для рук
- Сменная обувь для всех

*\* Прием детей (до 18 лет) осуществляется в присутствии родителей*

По всем возникшим вопросам обращаться по тел.: 8 (3812) **65-24-35, 60-58-87**

Печать  
мед. учреждения

**НАПРАВЛЕНИЕ  
в дневной стационар БУЗОО "ЦМР"**

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Данные обследования:

ОАК \_\_\_\_\_

ОАМ \_\_\_\_\_

Анализ кала на яйца гельминтов \_\_\_\_\_

Соскоб на энтеробиоз \_\_\_\_\_

Прививки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Справка об инфекционных заболеваниях, Ф-20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ЭКГ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Флюорография (с 15 лет) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ф. И. О. врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Печать \_\_\_\_\_