

ФОРМА №2

(Штамп направляющей медицинской организации)

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
на параклинические исследования в ГБУ РО «РОКБ»,  
ГБУ РО «ОКБ №2», ГБУ РО «ОДКБ»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

**СРОК ДЕЙСТВИЯ 1 месяц**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

Действующий страховой полис \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Данные паспорта серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
(Данные документа, удостоверяющего личность)

кем выдан \_\_\_\_\_

Обращение \_\_\_\_\_ первично(повторно)  
(Подчеркнуть)

Диагноз при направлении \_\_\_\_\_  
(вписать)

Цель обследования \_\_\_\_\_

Проводимая антибактериальная терапия (системная, местная)

Необходимые инструментальные обследования (лабораторные исследования)

№п/п	Инструментальные обследования (лабораторные исследования)	Биоматериал (для лабораторных исследований)

Дата направления \_\_\_\_\_ время забора биоматериала \_\_\_\_\_

Время доставки биоматериала \_\_\_\_\_

Ф.И.О.врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ контактный телефон \_\_\_\_\_

специальность врача \_\_\_\_\_

**обязательно приложить копию полиса ОМС пациента**

(для детей прилагаются копии свидетельства о рождении, полис ОМС и данные паспорта одного из родителей)

Место печати

Подпись \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

(главного врача направляющей медицинской организации, руководителя органа управления здравоохранением муниципального образования)

ФОРМА №3

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РО

344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33  
тел.(863) 2423096, тел. (факс) 2424113

« » 20 г.

Главному врачу

№

(наименование областной медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ

Министерство здравоохранения направляет на консультацию, обследование,  
при необходимости – госпитализацию ,

к врачу (специальность)

пациента(тку) Ф.И.О.,

даты рождения

проживающего (шую)

Диагноз

Основание: Обращение в министерство здравоохранения РО.  
специалист минздрава РО

подпись

Ф.И.О

М.П.



4

Приложение к Порядку направления  
пациентов на консультацию(госпитализацию)  
в ГБУ РО «РОКБ», ГБУ РО «ОКБ №2»,  
ГБУ РО «ОДКБ»,  
утвержденному приказом минздрава РО  
№ 2230 от 31.12.2015

ФОРМА №1

(Штамп направляющей медицинской организации)

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на консультацию (госпитализацию) в ГБУ РО «РОКБ»,  
ГБУ РО «ОКБ №2», ГБУ РО «ОДКБ»**  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**СРОК ДЕЙСТВИЯ 1 месяц**

**На консультацию (госпитализацию) в \_\_\_\_\_**  
(наименование областной медицинской организации)

**На консультацию (госпитализацию) \_\_\_\_\_**  
(наименование специальности консультанта (профиля отделения))

на \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

с кем и когда согласовано \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

Действующий страховой полис \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Данные паспорта\_серия\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_  
(Данные документа, удостоверяющего личность)

кем выдан \_\_\_\_\_

Диагноз (основной) \_\_\_\_\_

**Цель направления** (нужное подчеркнуть): формирование тактики лечения; уточнение диагноза; назначение лечения; госпитализация; экспертные вопросы; подтверждение наличия у пациента заболевания и (или) состояния, требующего применения высокотехнологичной медицинской помощи ,другое \_\_\_\_\_

(вписать)

Место печати

Подпись \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

(главного врача направляющей медицинской организации, руководителя органа управления здравоохранением муниципального образования )