

Штамп направляющей организации

На основании приказа МЗРФ от 23 декабря 2020 г. N 1363н «Об утверждении порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют правительство Российской Федерации или Федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»

## **Направление на госпитализацию в Клинику ИНЦХТ для оказания специализированной медицинской помощи**

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

Номер страхового полиса обязательного медицинского страхования и наименование страховой медицинской организации: \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

Код основного диагноза в соответствии МКБ-10 \_\_\_\_\_

Результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований (рентгенограммы, МРТ, МСКТ) – прилагаются.

Медицинские показания для оказания специализированной медицинской помощи (нужное отметить):

1. нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;
2. необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
3. высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;
4. необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подпунктами 1-3 настоящего пункта;
5. необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;
6. необходимость повторной госпитализации по рекомендации Клиники ИНЦХТ;

Профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи (подчеркнуть необходимое): Травматология и ортопедия, Нейрохирургия.

Условия оказания специализированной медицинской помощи: Стационарно.

Фамилия, имя, отчество и должность лечащего врача, контактный телефон, электронный адрес:

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Подпись главного врача (уполномоченного лица) \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Печать направляющей медицинской организации