



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от «7 04» 2014 г.

№ 447

Об утверждении формы бланка
«Направление на госпитализацию»

В целях совершенствования доступности оказания медицинской помощи в медицинских организациях Костромской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму бланка «Направление на госпитализацию».
2. Главным врачам медицинских учреждений Костромской области обеспечить использование в работе форму «Направление на госпитализацию», утвержденную данным приказом.
3. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор департамента

А.В.Князев

Приложение к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области

7 » 04 2014 г. № 444

Форма «Направление на госпитализацию»

_____ (наименование медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

№

от «__» _____ 201__ г

В номере указываются: 1-6 символы – реестровый номер медицинской организации, 7-12 символы - код подразделения медицинской организации*, 13-14 символы – последние 2 цифры года, 15-16 символы – 2 цифры месяца*, 17-18 символы – 2 цифры дня выписки направления*, 19-21 символы - порядковый номер направления за сутки* (* слева добивается нулями)

(Предоставляется на руки пациенту)

1	Фамилия, имя, отчество застрахованного лица	
2	Дата рождения	
3	Пол	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
4	Адрес регистрации	
5	Тип документа, серия, номер документа, удостоверяющего личность	(Паспорт гражданина РФ или т.д.)
6	СНИЛС	
7	Тип документа подтверждающего факт страхования	1 - Полис старого образца; 2 - Временное свидетельство; 3 - Полис нового образца; 4 – Электронный полис; 5 – УЭК
8	Серия и номер документа подтверждающего факт страхования по ОМС	
9	СМО	
10	Территория страхования	
11	МО прикрепления застрахованного лица	
12	Контактный телефон застрахованного лица	
13	МО, в которое направляется	
14	Форма госпитализации	<input type="checkbox"/> Плановая <input type="checkbox"/> Неотложная
15	Требуется оперативное вмешательство	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16	Дата госпитализации	
17	Профиль медицинской помощи	
18	Код диагноза по МКБ-10	
19	Врач, направивший на госпитализацию (СНИЛС, фамилия имя, отчество)	

МП _____

(подпись)

(Ф.И.О.) _____

Контактные телефоны уполномоченных лиц:

амбулаторно-поликлинической службы _____

СМО _____