Директору ФЦМК

ФГБУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова»

Минздрава России

М.Н. Замятину

**ЗАЯВКА**

**на оказание медицинских услуг**

|  |
| --- |
| **1**. **Наименование учреждения, подающего заявку, контактный телефон** (полностью) |
|  |
|  |
| **2**. **Дата подачи заявки** |  | **3**. **Дата выполнения заявки** |  |
| **4**. **Ф.И.О. пациента** |  |
|  |
| пол (М, Ж) |  | дата рождения | вес |  |
| Контактный телефон пациента / законного представителя |  |
| **5**. **Диагноз** |  |
|  |
|  | Код по МКБ-10 |  |
| **Степень тяжести** |  |
| **6. Сопровождающий** |  |
| Ф.И.О. |  |
| телефон |  |
| **7. Эвакуация: откуда:** аэропорт |  |
| ж/д вокзал |  |
| ЛПУ (наименование, адрес) |  |
| Другое (указать адрес) |  |
| **Дата прибытия** « » 202 г., время № рейса вагон место |
| **Куда:** ЛПУ (наименование, адрес) |
|  |
| **С кем согласована госпитализация, тел** |  |
|  |
| аэропорт ж/д вокзал  |
| **Дата отправления** « » 202 г., время № рейса вагон место |
| другое (указать)  |
| **8. Способ транспортировки:**  носилки,  кресло,  на руках,  пешком |
| **9. Оборудование, необходимое для транспортировки:** |
|  |
| **10. Проводимая терапия**  |
|  |
|  |
| **11. Прочее** |
|  |
|  |

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 подпись расшифровка подписи

М.П.