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.