|  |  |
| --- | --- |
| Кабинет **316** | Понедельник, среда, пятница: 8:15 – 13:05  Вторник, четверг: 14:15 – 19:05 |

**УЗ «19-я городская детская поликлиника г. Минска»**

**НАПРАВЛЕНИЕ НА R-грамму**

Область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ амбулаторной карты: **{{amb\_cart}}**

Ф.И.О. ребенка: **{{name}}**

Дата рождения: **{{birth\_date}}**

Адрес: **{{address}}**

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач: {{doc\_name}} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: {{date}}