|  |
| --- |
| C:\Users\ukrge\Desktop\Untitled.png |

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров’я  **Міністерство охорони здоров’я**  Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнюється форма  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Код за ЄДРПОУ **|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|** | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**  **Форма первинної облікової документації**  **№ 001/тм**  **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Наказ МОЗ України**  **19.10.2015 №681** |

**ЗАПИТ**

**на телемедичне консультування**

**Прізвище, ім’я, по батькові пацієнта:** *<ім’я паціента>*

**Дата народження:** *<дата народження паціента>*

* **<ім’я заголовка>**<значення заголовка>
* <параметр>: *<значення>*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата документу:** *<дата документу>*  **Лікар *<****ім’я лікаря>*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **<**ім’я лікаря> |  |  |  | |  |
|  |  |

<дата дослідження>

**<КЛІНІКА>**

<дата дослідження>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | <ДЕПАРТАМЕНТ>  <ДЕПАРТАМЕНТ> |   <адрес>  E-MAIL: <електронна пошта>, Тел.: <телефон> |