|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Изображение 1** | **ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»**  **Минздрава России**  **НОИС им. А.И. Евдокимова** Клиника ЦС и ЧЛХ 127206, г. Москва, ул. Вучетича 9а, стр.1,Тел./Факс: (495) 713-90-90 |
|  |  |

Приложение

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в ОМС** от г.

|  |
| --- |
| {name} |

(Фамилия, имя, отчество)

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения: | {birth\_date} г |
| Адрес регистрации по месту жительства: | {address} |
| Адрес фактического проживания: | {address\_fact} |
| Номер полиса ОМС:  (при наличии) | {oms} |
| СНИЛС:  (при наличии) | {snils} |
| Код диагноза по МКБ-10: | {diagnosis\_code} |
| Профиль, наименование вида ВМП в ОМС в соответствии с Перечнем видов ВМП в ОМС, утвержденным Программой Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: | {wmp\_oms} |
| № группы ВМП в ОМС:  Код вида ВМП в ОМС: | {wmp\_oms\_code}  {wmp\_oms\_group} |
| Модель пациента: | {patient\_model} |
| Метод лечения ВМП в ОМС: | {treatment\_method} |
| Медицинская организация, в которую направляется пациент для оказания ВМП в ОМС: | ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России НОИС им. А.И. Евдокимова. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Саберов Р.В.  Подпись зам.главного врача  ФИО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /{fio\_lech}  Подпись лечащего врача ФИО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_Тихонова И.В.  Подпись заведующего отделением ФИО | |