|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **эмблема** | **ФГБОУ ВО Российский университет медицины**  **Министерства здравоохранения Российской Федерации**  **НОИС им. А. И. Евдокимова**  **Клиника ЦС и ЧЛХ**  127206, г. Москва, ул. Вучетича 9а, стр.1, Тел./Факс: (495) 713-90-90  E-mail: msmsu@msmsu.ru |

Приложение

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**На оказание высокотехнологичной медицинской помощи**

от г.

|  |  |
| --- | --- |
| **{name}** | **Холоднова Виктория Юрьевна** |

(Фамилия, имя, отчество)

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения: | {birth\_date} |
| 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 соответствии с Перечнем видов ВМП, утвержденным Программой Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: | **Челюстно-лицевая хирургия**  {wmp} |
| № группы ВМП:  Код вида ВМП: | {wmp\_group}  {wmp\_code} |
| Модель пациента: | {patient\_model} |
| Метод лечения: | {treatment\_method} |
| Медицинская организация, в которую направляется пациент для оказания ВМП: | Клиника ЦСиЧЛХ ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства Здравоохранения РФ |
|  | |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Саберов. Р.З  Подпись зам. главного врача ФИО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /{fio\_lech}.  Подпись лечащего врача ФИО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_Тихонова И.В.  Подпись заведующего отделением ФИО |

МП