**НАПРАВЛЕНИЕ**

на ${testName} в МСЧ ГУП «ВОДОКАНАЛ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА»

№ амбулаторной карты: **${cardNumber}**

Дата создания направления: **${d} ${monthrp} ${year}**

Фамилия, имя, отчество пациента: **${fioPokupatelya}**

Дата рождения: **${bday}**

Серия, номер паспорта: **${clientsPassportNumber}**

Аллергические реакции в анамнезе: (имеются/отсутствуют)

Предварительный диагноз: **заполнить**

Цель исследования: **заполнить**

Дата и время исследования: **заполнить**

Специалист, выдавший направление: ${doctorName} /