МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ  
от 5 октября 2005 г. N 617

О ПОРЯДКЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ

(в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l0))

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации [от 29 декабря 2004 года N 864](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=122307#l0) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, N 1 (часть II), ст. 109, N 13, ст. 1178, N 27, ст. 2765, N 32, ст. 3318) приказываю:

1.Утвердить прилагаемый Порядок направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний.

2.Рекомендовать:

2.1.Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения создать Комиссию по отбору и направлению граждан к месту лечения, включив в ее состав главных специалистов-экспертов соответствующего профиля и представителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, и утвердить Положение о ней.

2.2.Руководителям медицинских организаций и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, создать Комиссию по отбору больных на обследование и лечение, включив в ее состав ведущих специалистов указанных организаций соответствующего профиля, и утвердить Положение о ней. (в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2))

*Министр*  
*М.Ю.ЗУРАБОВ*

*УТВЕРЖДЕН*  
*Приказом*  
*Министерства здравоохранения*  
*и социального развития*  
*Российской Федерации*  
*от 5 октября 2005 г. N 617*

ПОРЯДОК  
НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН ОРГАНАМИ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ

(в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2))

1.Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с направлением органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (далее - граждан), для получения ими лечения в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных федеральным' органам исполнительной власти (далее - медицинские учреждения) при наличии медицинских показаний. (в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2))

2.При наличии у гражданина медицинских показаний в соответствии с заключением врачебной комиссии медицинской организации в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения направляется выписка из истории болезни, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, для решения вопроса о выдаче ему направления на лечение. (в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2))

3.Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения при подтверждении наличия у гражданина медицинских показаний к госпитализации направляет в адрес руководителя медицинского учреждения выписку из истории болезни гражданина, содержащую данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований, соответствующих профилю заболевания, не более чем месячной давности, а также заключение с обоснованием необходимости его лечения в указанном учреждении и заполняет необходимые документы в соответствии с образцом (приложение N 1).

4.Медицинское учреждение в течение 14 дней со дня поступления выписки из истории болезни гражданина, а при очной консультации - в день получения заключения о результатах проведенного обследования гражданина, рассматривает эти документы, выносит решение о необходимости госпитализации и заполняет графы указанного ранее образца. О принятом решении медицинское учреждение информирует соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения с указанием даты госпитализации гражданина.

Выписка из истории болезни и заключение о результатах проведенных обследований гражданина возвращаются в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

5.Органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения оформляется и выдается гражданину направление на лечение в медицинское учреждение в соответствии с образцом (приложение N 1) и заполняется Талон N 2 указанного образца.

Талон N 2 представляется гражданином в исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации для обеспечения их специальными талонами или именными направлениями на право бесплатного получения проездных документов к месту лечения и обратно.

6.По окончании оказания гражданину медицинской помощи медицинское учреждение выдает ему выписку из истории болезни, содержащую подробные данные о проведенном лечении и рекомендации по дальнейшему ведению и лечению гражданина в медицинской организации по месту жительства, а также завершает заполнение необходимого документа в соответствии с образцом (приложение N 2) и заполняет Талон N 1 в соответствии с образцом (приложение N 1), который направляет в соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. (в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2))

*Приложение N 1*  
*к Порядку*  
*направления граждан органами*  
*исполнительной власти субъектов*  
*Российской Федерации в сфере*  
*здравоохранения к месту лечения*  
*при наличии медицинских показаний,*  
*утвержденному Приказом*  
*Министерства здравоохранения*  
*и социального развития*  
*Российской Федерации*  
*от 5 октября 2005 г. N 617*

*ОБРАЗЕЦ*

|  |
| --- |
| Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения |

НАПРАВЛЕНИЕ N \_\_\_\_  
К МЕСТУ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
(заполняется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения)  
в медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2))

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| СНИЛС |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | Дата | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Код категории льготы | |  |  |  |  |  | 2. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Ф.И.О. | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен. | | | | | | | | | | | | 5. Дата рождения | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (название, | серия и номер): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Адрес регистрации по месту жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1 - дошкольник: 1.1 - организован, 1.2 - неорганизован; 2 - учащийся; 3 - работающий; 4 - неработающий; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - пенсионер; 6 - военнослужащий, | | | | | | | | | | | | | | | | | код |  |  |  | 7 - член семьи военнослужащего; 8 - БОМЖ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - установлена впервые в жизни, 5 - ребенок-инвалид, 6 - инвалид с детства; 7 - снята | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Заключение Комиссии субъекта РФ (диагноз) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Код по [МКБ-10](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591#l0) | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. 1 - нуждается в медицинской помощи; 2 - в т.ч. повторно по рекомендации МУ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Характер заболевания: | | | | | | | | | 1 - острое | | | | |  |  |  |  |  |  |  | 2 - хроническое | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. Номер и дата ответа МУ | | | | | | | | | |  | N | |  |  |  |  |  |  | Дата | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. Дата госпитализации в МУ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись Председателя Комиссии органа исполнительной власти субъекта | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Российской Федерации в сфере здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Печать | | | | | | | | | | | | | |
| Линия отреза | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего Направление | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ТАЛОН N 1  
к Направлению к месту лечения для получения медицинской помощи (заполняется медицинским учреждением (МУ), оказавшим медицинскую помощь)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Направление N | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| СНИЛС |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | Дата | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Код категории льготы | |  |  |  |  |  | 2. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Ф.И.О. | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен. | | | | | | | | | | | | 5. Дата рождения | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (название, серия и номер): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Адрес регистрации по месту жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8. Житель: 1 - город; 2 - село | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1 - дошкольник: 1.1 - организован, 1.2 - неорганизован; 2 - учащийся; 3 - работающий; 4 - неработающий; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - пенсионер; 6 - военнослужащий, | | | | | | | | | | | | | | | | | код |  |  |  | 7 - член семьи военнослужащего; 8 - БОМЖ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - установлена впервые в жизни, 5 - ребенок-инвалид, 6 - инвалид с детства; 7 - снята | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (в ред. Приказа Минздрава РФ [от 27.08.2015 N 598н](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=258738#l2)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Наименование направившей организации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Диагноз направившего учреждения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Код по [МКБ-10](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591#l0) | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Заключение МУ: 1 - диагноз код по [МКБ-10](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591#l0); 2 - нуждается; 3 - код вида ВТМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Дата госпитализации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Номер и дата ответа МУ | | | | | | | | | |  | N | |  |  |  |  |  |  | Дата | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. Дата госпитализации в МУ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Срок повторного лечения | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 21. Стоимость лечения по всем статьям | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | в том числе по статьям финансирования медицинской | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| Подпись руководителя МУ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Печать | | | | | | | | | | | | | |
| Линия отреза | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего Направление | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ТАЛОН N 2  
на получение специальных талонов (именных направлений) на проезд к месту лечения для получения медицинской помощи (заполняется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения)

в медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | Дата | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Код категории льготы | |  |  |  |  |  | 2. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Ф.И.О. | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен. | | | | | | | | | | | | 5. Дата рождения | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (название, серия и номер): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Адрес регистрации по месту жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Код территории: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Ф.И.О. сопровождающего | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Пол: 1 - муж.; 2 - жен. | | | | | | | | | | | | 11. Дата рождения | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (название, серия и номер): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. Адрес регистрации по месту жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Маршрут следования: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Подпись Председателя Комиссии органа исполнительной власти | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Печать | | | | | | | | | | | | | |

*Приложение N 2*  
*к Порядку*  
*направления граждан органами*  
*исполнительной власти субъектов*  
*Российской Федерации в сфере*  
*здравоохранения к месту лечения*  
*при наличии медицинских показаний,*  
*утвержденному Приказом*  
*Министерства здравоохранения*  
*и социального развития*  
*Российской Федерации*  
*от 5 октября 2005 г. N 617*

*ОБРАЗЕЦ*

ЛИСТ ОЖИДАНИЯ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения | | | |  | | | | |
| Медицинское учреждение | | | |  | | | | |
| N п/п | Название, код субъекта Российской Федерации | Ф.И.О. (кодификация) | СНИЛС | | Адрес регистрации по месту жительства | Дата рождения | Диагноз при направлении (МКБ -10) | Дата направления | | Наименование медицинского учреждения | Дата консультации | Результат консультации | Нуждаемость в госпитализации | Срок ожидания | Дата госпитализации | Дата выписки | Диагноз при выписке (МКБ -10) | Код оказанной медицинской помощи | Причина несостоявшейся госпитализации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ПОДПИСЬ