

Образец

НАПРАВЛЕНИЕ НА КТ, МРТ-ИССЛЕДОВАНИЕ № _____
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Угловой штамп организации или фирменный бланк ЛПУ

Наименование медицинского учреждения куда направляется пациент: ООО «АРМЕД»,
г. Сочи, ул. Гагарина 19А, тел. (8862) 2 54-55-55

Наименование медицинского учреждения откуда направляется пациент

Дата направления _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____ Возраст _____

(указать паспортные данные) паспорт серия _____ № _____ Дата выдачи _____

Выдан (кем) _____

Страховая организация _____

Страховой полис № _____

Диагноз (код МКБ) _____

Вид исследования _____

Лечащий врач _____

М.П. (подпись)

(Ф.И.О.)

Зам. директора по мед. части\ главный врач _____

(подпись)

М.П.

(Ф.И.О.)

*** При проведении КТ, МРТ- исследования пациенту необходимо иметь при себе данное НАПРАВЛЕНИЕ, ПАСПОРТ, СНИЛС, ПОЛИС обязательного медицинского страхования.**