|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение №1 |
|  | Запрос на консультацию врача-онколога в ЦАОП ГАУЗ СО « Демидовская ГБ» |  |
|  |
|  ФИО пациента (полностью) |  |
|  дата и год рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  адрес фактического проживания |  |
|  № страхового полиса |  | снилс |  |
|  социальный статус: пенсионер/работающий/безработный/учащийся (нужное подчеркнуть) |
|  контактный телефон пациента |  |
|  |
|  Направительный |  |
|  диагноз |  |
|  |
|  Цель |  |
|  направления |  |
|  |
|  Дата направления запроса |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Подпись направляющего врача |  | / |  |  (расшифровка |
|  подписи) |  | (должность врача) |