|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | |