

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ
В САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

(наименование санаторно-курортного учреждения)

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

1. СОЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Паспорт: серия _____ номер _____ Дата и место выдачи _____ Пол (М или Ж)

Наименование страховой компании _____

Страховой полис: серия _____ номер договора _____ номер полиса _____ срок действия _____

СНИЛС: номер _____

Дата рождения _____ числа _____ месяца _____ г.

Житель _____ (Г - город, С - село)

Группа инвалидности _____

Домашний адрес _____

Место работы (учебы) _____

Должность _____

Номер телефона _____

II. ДИАГНОЗ НАПРАВЛЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Основной
диагноз (шифр по МКБ 10) _____

Сопутствующие
заболевания (шифр по МКБ 10) _____

III. ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ

IV. Пребывает на листке нетрудоспособности с: _____

IV. ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО, ЛАБОРАТОРНОГО, РЕНТГЕНОСКОПИЧЕСКОГО
И ДРУГИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. ФЛГ (1 раз в год) _____ 2. Рентгенография гр. клетки (2 мес.) _____
Дата, результат (по показаниям, дата, результат)
3. RW (1 раз в год) _____ 4. Кал на я/г (1 раз в месяц) _____
Дата, результат Дата, результат
5. HbsAg, ВГС (по показаниям) _____
Дата, результат
6. Общий анализ крови (14 дней) _____
Дата, результат
7. Общий анализ мочи (14 дней) _____
Дата, результат
8. Биохимический анализ крови _____
(общий белок, холестерин, сахар, креатинин, мочеви́на, АЛТ, АСТ) Дата, результат

9. ЭКГ _____
Дата, результат
10. ЭхоКГ _____
(при направлении кардиологических больных) Дата, результат
11. Другие: _____
Дата, результат

V. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
(указать кратко исключительно патологию)

Жалобы _____

Анамнез _____

Объективное состояние _____

Осмотр специалистов _____
(кардиолога, пульмонолога, невролога и др. специалистов по показаниям) Дата, результат

Осмотр гинеколога _____
Дата, результат

Лечение (перечислить основные препараты) _____

Дата направления в санаторно-курортное учреждение _____
(число, месяц, год)

Лечебное учреждение _____

Ф.И.О. направившего врача _____ подпись _____

Ф.И.О. зав. отделением _____ подпись _____

Место печати