**Направление на телемедицинскую консультацию в**

**ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата |  |
| Наименование, учреждения, направляющего пациента на консультацию |  |
| Адрес медицинского учреждения, направляющего пациента на консультацию |  |
| Телефоны медицинского учреждения, направляющего пациента на консультацию, e-mail |  |
| Фамилия, имя, отчество пациента |  |
| Пол пациента |  |
| Дата рождения пациента |  |
| Возраст пациента |  |
| Диагноз при направлении |  |
| Опись обязательных прилагаемых документов: | Кол-во файлов |
| Опись дополнительных прилагаемых документов (выписка из истории болезни, графические, фото-, видео- и прочие изображения и результаты обследований | Кол-во файлов |
| Цель консультации (установление диагноза, уточнение диагноза, уточнение тактики лечения, возможность госпитализации, вынесения заключения по результатам диагностических исследование, иное) |  |
| Вид консультации (первичная/повторная) |  |
| Фамилия, имя отчество направляющего врача (полностью) |  |
| Контактный телефон направляющего врача |  |
| E-mail направляющего врача |  |
| Примечания |  |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись лечащего врача) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись зав. отделением) (расшифровка подписи)