

**Направлення
на госпіталізацію (консультацію)
до ДУ НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України**

Пацієнт _____
(П.І.Б., місце проживання, контактний телефон)

Заклад, який направляє _____
(найменування)

Діагноз клінічний (код МКХ-10) _____

Діагноз супутній _____

Ускладнення _____

Мета направлення (позначити потрібне):

- підтвердити патологію
 провести оперативне втручання
 визначити потребу в оперативному втручанні
 інше _____

Підстави для встановлення діагнозу (позначити потрібне):

- клінічний протокол надання медичної допомоги
 інше _____

Узгоджений з клінікою ДУ НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН термін госпіталізації

_____ (час, число, місяць, рік)

Скоригований термін госпіталізації _____
(час, число, місяць, рік)

Додатки (результати досліджень за наявності) _____

« ____ » _____ 20__ р. Лікуючий лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові, контактний телефон)

Погоджено:

Керівник (заступник керівника)
закладу охорони здоров'я, що направляє пацієнта _____
(прізвище, ім'я, по батькові)