

Направление
в консультативно-диагностическую поликлинику
БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

К врачу-специалисту _____

1. Наименование района/населенного пункта _____
2. Наименование медицинской организации _____
3. Дата направления _____
4. Ф.И.О. пациента _____
5. Дата рождения _____ Н\о, ДДУ, школьник _____
6. Место жительства _____
7. Свидетельство о рождении, страховой полис _____
8. Паспорт (серия, номер, дата выдачи) _____
9. Краткие сведения о больном (анамнез, объективные данные, динамика) _____

10. Клинические, биохимические, иммунологические исследования _____

11. Инструментальные, функциональные, рентгеновские и др. обследования _____

12. Проведенное лечение и его эффективность _____

13. Прививочный сертификат _____
14. Справка о контактах с инфекционными больными _____
14. Диагноз при направлении _____

15. Цель
направления _____

Руководитель медицинской организации _____

Лечащий врач _____

Место печати _____ Дата _____