



ЗАЯВКА № ____ от ____ ч. ____ мин. «__» _____ 20__ г.

НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Заявка направляется в: БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»
 2. Ф.И.О. пациента:
 3. Дата рождения:
 4. Пол (*подчеркнуть*): м/ж
 5. Место проживания:
 6. Диагноз направления:
 7. Список прилагаемых медицинских документов и проведенных исследований:
 - а) _____
 - б) _____
 - в) _____
 8. Цель консультации (*нужное подчеркнуть*): диагностика заболевания, уточнение диагноза и лечения, консультация по ведению больного, возможность госпитализации, иное - указать
 9. Вид консультации (*нужное подчеркнуть*): первичная/повторная, плановая/экстренная
 10. Способ связи (*указать номера канала связи при консультации*): ISDN TCP/IP электронная почта
 11. Консультация проводится (*нужное подчеркнуть*): - лечащим врачом,
- лечащим врачом в присутствии больного/лица, действующего в его интересах*,
- иное (*указать*)
 12. Вопросы к консультанту:
 - а) _____
 - б) _____
 - в) _____
 13. Желаемая дата проведения консультации: _____ время: _____
 14. Ф.И.О. ответственного лица, передавшего заявку:
 15. Ф.И.О. лечащего врача:
 16. Наименование, адрес и тел. лечебного учреждения:
 17. Примечания:

*Рекомендовано присутствие родителей

===== Служебная информация ТМЦ =====
 19. Дата приема заявки __.__.20__ в __.__.
 20. Входящий № заявки
 21. Сотрудник ТМЦ (Ф.И.О.) _____ получил заявку __.__.20__ г. в __.__.
 22. Сведения о возможности выполнения заявки (*нужное подчеркнуть*): да / нет
 23. Планируемый консультант: Ф.И.О.
должность _____ подразделение: _____
 24. Дата проведения консультации:
 25. Примечания:
- Подпись сотрудника ТМЦ