



БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

г. Вологда тел./ факс: (8172) 71-55-81 сайт: www.vodb35.ru
Пошехонское зам. по ОМР: (8172) 71-65-52 e-mail: vodbomk@mail.ru
шоссе, 23 рег. полик.: (8172) 72-26-31 skype: vodb2011
IP:
ICQ:

**ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

Плановая	E-mail	Первичная
Экстренная	Видеоконференция	Повторная

«__» _____ 20__ г.
(дата заявки)

«__» _____ 20__ г.
(дата проведения)

Лечебное учреждение, подавшее заявку	
Ф.И.О. ребёнка, возраст	
Ф.И.О. заявителя	
Ф.И.О. консультирующего	
Цель консультации	

Заключение: на основании представленных данных, _____

Рекомендовано: _____

Госпитализация в ВОДБ: _____

Дата заполнения «__» _____ 20__ г. Подпись консультанта: / _____ /

Дата отправки ответа: время:

Консультацию провел (отправил ответ) сотрудник ТМЦ: / _____ /