|  |
| --- |
| **Данные о заявителе** |
| 1\* | Дата направления на консультацию |  |
| 2\* | Название лечебного учреждения |  |
| 3\* | Ф.И.О. леч.врача (специалиста) |  |
| 4\* | Специальность, должность |  |
| 5\* | Контактная информация |  |
| **Описательная часть** |
| 6\* | Цель консультации: (нужное отметить) | уточнение диагноза |  |
| рекомендации по лечению |  |
| возможность госпитализации |  |
| 7\* | Вид консультации:(нужное отметить) | первичная  | экстренная |  |
| неотложная |  |
| плановая |  |
| повторная | плановая |  |
| неотложная |  |
| 8\* | Способ связи:(нужное отметить) | ISDN (указать номер) |  |
| IP (указать адрес) |  |
| E-mail (указать адрес) |  |
| 9\* | Специальность консультирующего |  |
| 10 | Ф.И.О. консультирующего |  |
| 11 | Вопросы к консультанту |  |
| 12\* | Желаемая дата и время проведения консультации |  |
| **Данные о больном** |
| 13\* | Ф.И.О. |  |
| 14\* | Дата рождения |  |
| 15\* | Адрес |  |
| 16\* | Диагноз  |  |
| 17 | Страховой полис |  |
| 18 | СНИЛС |  |
| 19\* | Медицинская часть (диагноз, анамнез, данные обследования, состояние проводимое лечение ) |  |