|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ) |  | | |