

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ
В САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
(стационарное лечение, дневной стационар)
(нужное подчеркнуть)**

_____ (наименование санаторно-курортного учреждения)

Фамилия Имя Отчество

I. СОЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Паспорт: серия _____ номер _____ Дата и место выдачи _____ Пол (М или Ж)

Наименование страховой компании _____

Страховой полис: серия _____ номер договора _____ номер полиса _____ срок действия _____

СНИЛС: номер _____

Дата рождения ____ числа ____ месяца ____ г.

Житель _____ (Г - город, С - село) Группа инвалидности _____

Домашний адрес _____

Место работы (учебы) _____

Должность _____

Номер телефона _____

II. ДИАГНОЗ НАПРАВЛЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Основной
диагноз (шифр по МКБ 10) _____

Сопутствующие
заболевания (шифр по МКБ 10) _____

III. ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ

IV. Пребывает на листке нетрудоспособности с: _____

IV. ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО, ЛАБОРАТОРНОГО, РЕНТГЕНОСКОПИЧЕСКОГО И ДРУГИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

1. ФЛГ (1 раз в год) _____ Дата, результат
2. Рентгенография гр. клетки (2 мес.) _____ (при заболеваниях органов грудной клетки, сердца и сосудов) (дата, результат)
3. RW (1 раз в месяц) _____ Дата, результат
4. Кал на я/г (1 раз в месяц) _____ Дата, результат
5. HbsAg, ВГС (по показаниям) _____ Дата, результат
6. Общий анализ крови (14 дней) _____ Дата, результат
7. Общий анализ мочи (14 дней) _____ Дата, результат
8. Биохимический анализ крови (1 раз в месяц) _____ (общий белок, холестерин, сахар, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ) (Дата, результат)
9. ЭКГ (1 раз в месяц) _____ (Дата, результат)
10. ЭхоКГ _____ (при направлении кардиологических больных) (Дата, результат)
11. Другие: _____ (Дата, результат)

V. ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
(указать кратко исключительно патологию)

Жалобы _____

Анамнез _____

Объективное состояние _____

Соответствует ШРМ* (2б, 3б, 4б, 5б) _____
(2-3б – дневной стационар, 4-5б – стационарное лечение)

Осмотр специалистов _____
(кардиолога, пульмонолога, невролога и др. специалистов по показаниям) Дата, результат

Осмотр гинеколога _____
Дата, результат

Лечение (перечислить основные препараты) _____

Дата направления в санаторно-курортное учреждение _____

Лечебное учреждение _____ (число, месяц, год)

Ф.И.О. направившего врача _____ ПОДПИСЬ _____

Ф.И.О. зав. отделением _____ ПОДПИСЬ _____

Место печати