

Форма заключения по телемедицинской консультации

Заявка № _____ дата « ___ » _____ 201__ г. время: ___ час. ___ мин.

Наименование МО Заказчика

Входящий номер заявки _____ дата « ___ » _____ 201__ г. время: ___ час. ___ мин.

Наименование МО Исполнителя

Личные данные пациента				Полис ОМС	
Фамилия				СМО	
Имя				Серия	
Отчество				Номер	
Дата рождения				Дата выдачи	
Пол					
СНИЛС					
Личные данные законного представителя пациента (при необходимости)				Полис ОМС законного представителя пациента (при необходимости)	
Фамилия				СМО	
Имя				Серия	
Отчество				Номер	
Дата рождения				Дата выдачи	

№	ФИО врача-консультанта	Профиль (специальность) врача-консультанта
1		
2		
3		

Вид консультации (*подчеркнуть нужное*) первичная / повторная; экстренная / неотложная / плановая

Заключение (диагноз): _____

Рекомендации по диагностике и лечению: _____

Необходимость госпитализации (*подчеркнуть нужное*) нет; планово; экстренно (мед. эвакуация)

Указать наименование ГМО: _____

Дата « ___ » _____ 201__ г.

Подписи врачей консультантов/членов консилиума:

Врач-консультант _____ / _____ /

Врач-консультант _____ / _____ /

Врач-консультант _____ / _____ /