

НАПРАВЛЕННЯ № _____

на проведення обстеження в _____

1. Прізвище, ім'я, по-батькові дитини _____

2. Дата народження _____

3. Домашня адреса _____

4. Інформація про пільгові категорії:

Серія _____ № _____ посвідчення інваліда дитинства загального захворювання

Серія _____ № _____ посвідчення дитини-інваліда, хвороба якої пов'язана з негативними наслідками аварії на ЧАЕС.

№ _____ посвідчення члена БО «Лікарняна каса Житомирської області»

№ _____ посвідчення дитини, постраждалої від наслідків аварії на ЧАЕС

Інші пільгові категорії: _____

5. Назва відділення _____

6. Медична карта стаціонарного хворого № _____

7. Діагноз при направленні:

Основний _____

Супутній _____

8. Мета направлення:

первинна діагностика ☐ контрольне обстеження ☐ діагностика супутніх захворювань ☐

9. Перелік обстежень _____

Лікуючий лікар

(підпис)

(прізвище, ім'я, по-батькові)

Завідувач відділенням

(підпис)

(прізвище, ім'я, по-батькові)

Заступник головного лікаря

(підпис)

(прізвище, ім'я, по-батькові)

«____» _____ 20__р.

М.П.