

Назва ЗОЗ \_\_\_\_\_

## НАПРАВЛЕННЯ

в консультативну поліклініку КУ «Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня»

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. Мета направлення \_\_\_\_\_

6. Результати проведених лабораторних, інструментальних досліджень \_\_\_\_\_

7. Проведене лікування \_\_\_\_\_

8. Діагноз при направленні:

основний \_\_\_\_\_

супутній \_\_\_\_\_

9. Епідоточення \_\_\_\_\_

10. Дані про проведені щеплення, реакцію Манту \_\_\_\_\_

Лікуючий лікар

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по-батькові)

Заступник

головного лікаря

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по-батькові)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

М.П.

Адреса лікарні:  
Житомирська область, Житомирський р-н,  
с. Станишівка, шосе Сквирське, 6.

<http://www.zhodkl.zt.gov.ua>

Телефон реєстратури: (412) 34-55-87, 34-14-36,  
попередній запис проводиться щоденно,  
крім вихідних днів з 13:00-16:00.  
Батькам та дітям після 16 років  
необхідно мати документ, що засвідчує особу.