\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 1

к положению о комиссии по отбору и направлению граждан, проживающих

на территории Волгоградской области, имеющих право

на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг,

к месту лечения при наличии медицинских показаний

На № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направление №\_\_\_\_\_

 к месту лечения для

получения медицинской помощи

(заполняется органом исполнительной власти

субъекта РФ в сфере здравоохранения)

в медицинское учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

1. Код ┌─┬─┬─┐ 2. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 категории │ │ │ │ страхового

 льготы └─┴─┴─┘ полиса ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

─────────────────┬──────────────────────────────────────────────────────────────────

3.Ф.И.О. ─────────────────┴───────────┬──────────────────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬───────────────────

4. Пол: 1 - муж.; 2 - жен. │5. Дата рождения

─────────────────────────────┴──────────────────┴─┼─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴───────────────────

6. Документ, удостоверяющий личность

(название,серия и номер):

──────────────────────────────────────────┬───────┴─────────────────────────────────

7. Адрес регистрации по месту жительства:

──────────────────────────────────────────┴───┬─────────────────────────────────────

8. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1 - дошкольник: 1.1 - организован,

1.2 - неорганизован; 2 - учащийся; 3 - работающий; 4 - неработающий;

 ┌───┐

5 - пенсионер; 6 - военнослужащий, код 7 - член семьи военнослужащего; 8-БОМЖ

───────────────────────────────────────┴───┴────────────────────────────────────────

9. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - установлена впервые

в жизни, 5 – ребенок-инвалид, 6 – инвалид с детства, 7 - снята

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

10.Заключение Комиссии субъекта РФ (диагноз) Код по МКБ-10

──────────────────────────────────────────────┬─────────────────────────────────────

11. 1 – нуждается в медицинской помощи; 2 – в т.ч. повторно по рекомендации МУ

 ──────────────────────────────────────────────┴────────────────────────────────────

12. Характер заболевания: 1 – острое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 2 – хроническое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

13. Номер и дата ответа МУ N Дата

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

14. Дата госпитализации в МУ

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись председателя Комиссии органа исполнительной

власти субъекта Российской Федерации в сфере

здравоохранения

 Печать───────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────