

прерв. занесв

УТВЕРЖДЕНА

приказом  
департамента здравоохранения  
Воронежской области  
от «    »                      №     



Форма направления на консультативный приём

Место для штампа  
учреждения здравоохранения

НАПРАВЛЕНИЕ  
на консультативный приём

*Зубилова*

в БУЗ ВО ВОКБ №1 (наименование УЗ ВО)

дата консультации «02» 12 г. 12<sup>15</sup>

Фамилия Россиенко Имя Владимир Отчество Иванович

Число, месяц, год рождения 10.08.1956 Пол М/ж

Населённый пункт г. Воронеж

улица В. Вобедя, дом (корп.) 45, кв 214

Телефон домашний (сотовый) \_\_\_\_\_

Направлен в рамках 2 этапа диспансеризации / нет

Основной диагноз или синдром  
слонный сустав шейной осевой  
оси в шейной осевой

Сопутствующие диагнозы (синдромы) \_\_\_\_\_

Цель направления:

1. Постановка диагноза. 2. Назначение лечения. 3. Коррекция тактики лечения

Необходимы дополнительные консультации специалистов:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

Жалобы

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

Анамнез заболевания

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

Результаты проведенного обследования:

ЭКГ (плёнка)

Рентгенография, КТ, МРТ (снимки),

Эндоскопические виды исследования (протоколы исследования)

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

Направившее учреждение

Ф.И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. зам. главврача (зав. отделением)

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_



Место печати лечебного учреждения

