|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социальногоРазвития Российской Федерации(наименование лечебно-профилактического учреждения) (адрес) | Приложение № 2к приказу Министерстваздравоохранения и социального развитияРоссийской ФедерацииОт 22 ноября 2004 года № 256Медицинская документацияФорма № 070/у-04 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Справка для получения путевки**

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права поступления в санаторий или на амбулаторное лечение

1. Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заполняется фамилия имя отчество

полностью

2. Пол 2.1. Мужской 2.2. Женский 3. Дата рождения

 (отметить нужное символом «v»)

1. Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес постоянного места проживания, телефон)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. Идентификационный номер в системе ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6. Регион проживания 7. Ближайший регион

 (код субъекта РФ только в случае проживания вблизи границы субъектов)

8. Климат в месте проживания 9. Климатические факторы в месте проживания

10. Код льготы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. | Документ,  | Номер |  | Серия |  | Дата выдачи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

удостоверяющий право

на получение набора социальных услуг

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. | СНИЛС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Страховой номер индивидуального лицевого счета

13. Сопровождение\*\*

(отметить символом «v» при необходимости сопровождения)

14. № истории болезни или амбулаторной карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Диагноз Коды МКБ – 10

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15.1. | Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий |  |  |  |  |  |
| 15.2. | Основное заболевание или заболевание являющееся причиной инвалидности  |  |  |  |  |  |
| 15.3. | Сопутствующие заболевания  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дополнительная информация о формах, характере течения заболеваний, влияющая на выбор места и сезона для прохождения профильного лечения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Общие противопоказания, исключающие направление на санаторно-курортное лечение, отсутствуют*** | **16. Лечащий врач** | \_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |

17. Рекомендуемое лечение

17.1. Санаторно-курортное 17.2. Амбулаторно-курортное

 (отметить «v» рекомендуемый вид лечения)

|  |  |
| --- | --- |
| 18. Предпочтительное место леченияМестный санаторийИлиКурорт(ы)(Необязательно для заполнения) |  |
| (отметить «v» если предпочтительно лечение в местном санатории) |
| (указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение) |

19. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима Весна Лето Осень

(необязательно для заполнения) (отметить символом «v» те сезоны, в которые рекомендовано лечение)

20. Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 21. Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МП

 (подпись) или председатель ВК (подпись)