|  |  |
| --- | --- |
| ДЕПАРТАМЕНТ  ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦИИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ  **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения**  **ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ**  **«ОбластнОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»**  ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр»  Тутаевское шоссе, д. 31в, г. Ярославль, 150042  Телефон (4852) 78-81-03, факс 78-83-57  e-mail: priemnaya.opc@zdrav.yar.ru  ОКПО 68436849, ОГРН 1107606005650,  ИНН/КПП 7606079812 / 760201001 |  |

Направление для оказания

высокотехнологичной медицинской помощи

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия, имя, отчество пациента 2. Дата рождения\_\_\_ 3. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) 4. Номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии) 5. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии)\_ 6. Код диагноза основного заболевания по [МКБ-10](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_MED_1991/)\_ N 97.1 7. Профиль, наименование вида в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_ЭКО\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ЭКО по ОМС ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр»   Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Смирнова О.А \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, личная печать)  Руководитель медицинской организации  (уполномоченное лицо)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)  Печать медицинской организации | 4 |