|  |  |
| --- | --- |
|  ДЕПАРТАМЕНТЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦИИ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения** **ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ****«ОбластнОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»**ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» Тутаевское шоссе, д. 31в, г. Ярославль, 150042Телефон (4852) 78-81-03, факс 78-83-57e-mail: priemnaya.opc@zdrav.yar.ruОКПО 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 |