**Заявка на оказание медицинской помощи**

|  |
| --- |
| Субъект РФ:  Наименование исполнительного органа субъекта РФ в сфере охраны здоровья или медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти в сфере охраны здоровья: |
| Номер заявки: |
| Фамилия Имя Отчество пациента: |
| Диагноз заболевания: |
| Код МКБ: |
| Планируемый период оказания медицинской помощи (оказание услуг): |
|  |
|  |
|  |

1. **Сведения о пациенте:**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |
| Пол |  |
| Гражданство |  |
| СНИЛС |  |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания |  |
| Документ, удостоверяющий личность |  |
| тип |  |
| серия |  |
| номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |
|  |  |
| Полис ОМС |  |
| тип |  |
| серия |  |
| номер |  |
| страховая организация |  |

1. **Сведения о законном представителе (для пациентов не достигших 18 лет)**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |
| Пол |  |
| СНИЛС |  |
| Отношение к ребенку |  |
| Адрес места жительства |  |
| Адрес места пребывания |  |
| Документ, удостоверяющий личность |  |
| тип |  |
| серия |  |
| номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |

1. **Потребность**

|  |  |
| --- | --- |
| Название медицинской организации |  |
| Страна |  |
| Вид помощи |  |
| Дополнительная информация |  |
|  |  |

1. **Соответствие пациента категориям перечня**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование категории | Соответствие |

1. **Место оказания медицинской помощи (адрес фактического оказания медицинской помощи)**

1. **Приложенные документы**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Имя файла |

|  |  |
| --- | --- |
| К заявке прикладывается файл архива |  |
| Исполнитель |  |
| Руководитель исполнительного органа субъекта РФ в сфере охраны здоровья или медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти в сфере охраны здоровья |  |
| Дата подписания: |  |