|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Дата заполнения заявки |  |
| 2 | Наименование ЛПУ |  |
| 3 | Вид консультации (нужное подчеркнуть) | плановаяэкстреннаяпервичнаяповторная |
| 4 | Адрес электронной почты |  |
| 5 | IP адрес |  |
| 6 | Предлагаемая дата проведения |  |
| 7 | Предлагаемый консультант (специалист, ФИО) |  |
| 8 | Цель консультации (нужное подчеркнуть) | уточнение диагнозатактика ведениявозможность госпитализации |
| 9 | ФИО больного  |  |
| 10 | Возраст (полных лет) |  |
| 11 | Адрес регистрации |  |
| 12 | Полис ОМС |  |
| 13 | Социальный статус (нужное подчеркнуть) | работающийнеработающийинвалид |
| 14 | Диагноз |  |
| 15 | Список медицинских документов прилагаемых к заявке |  |
| 16 | Контактная информация |  |
| ***Заполняется сотрудником телемедицинского центра*** |
| 17 | Дата приема заявки |  |
| 18 | Регистрационный номер заявки (по журналу) |  |
| 19 | Сотрудник телемедицинского центра (принявший заявку) |  |
| 20 | Планируемый консультант |  |
| 21 | Сведения о возможности выполнения заявки (нужное подчеркнуть) | выполнима по профилю учрежденияневыполнима ввиду отсутствия специалиста |
| 22 | Дата проведения консультации |  |
| 23 | Примечания  |  |
| 24 | Подпись сотрудника |  |

Приложение 1

**Заявка на проведение телеконсультации в БУЗ УР «РДКБ МЗ УР»**