

Памятка для больного:

Срок действия направления 30 дней от даты оформления.

Распорядок работы областной медицинской организации, порядок направления на консультацию (госпитализацию), перечень документов и обследований, необходимых при направлении пациентов в областную медицинскую организацию на консультацию (госпитализацию), следует уточнить у лечащего врача медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико - санитарную помощь.

Проезд до ГБУ РО «РОКБ», остановка «Областная больница»: от Центрального Рынка автобус №26, от старого автовокзала маршрутные такси №40, №67 от ГБУ РО «ОКБ №2» маршрутное такси № 40.

Адрес: ул. Благодатная, д. 170. Телефоны регистратуры: (863)222-98-46, (863)222-03-36,

Регистратура кардиологического диспансерного отделения (863)224-29-22.

Проезд до ГБУ РО «ОДКБ», остановка «Областная детская больница»: от Центрального Рынка автобус №26, от старого автовокзала маршрутные такси № 40, №67, от ГБУ РО «ОКБ №2» маршрутное такси № 40.

Адрес: ул. 339 Стрелковой Дивизии, д. 14.

Телефон регистратуры: (863)222-66-12.

Проезд до ГБУ РО «ОКБ №2»: автобусами и троллейбусами по улицам Большая Садовая, Красноармейская до остановки «Областная больница №2»: от старого автовокзала маршрутные такси № 40, №3, автобус №3, от ГБУ РО «РОКБ» маршрутное такси № 40.

Адрес: ул. 1^{ой} Конной Армии, д. 33.

Телефоны регистратуры: (863) 252-00-19, (863)254-81-00, (863)254-81-03.

**НАПРАВЛЕНИЕ на консультацию (госпитализацию) в ГБУ РО «РОКБ»,
ГБУ РО «ОКБ №2», ГБУ РО «ОДКБ»**
№ _____ от _____ 20 ____ г.

На консультацию(госпитализацию) в _____
(наименование областной медицинской организации)

На консультацию (госпитализацию) _____
(наименование специальности консультанта (профиля отделения))

на _____ 20 ____ г.

с кем и когда согласовано _____

Ф.И.О.пациента _____ возраст _____

Действующий страховой полис _____ серия _____ № _____

Место жительства _____

Данные паспорта _____ серия _____ № _____ дата выдачи _____
(Данные документа, удостоверяющего личность)

кем выдан _____

Диагноз (основной) _____

Цель направления (нужное подчеркнуть): формирование
тактики лечения; уточнение диагноза; назначение лечения; госпитализация;
экспертные вопросы; подтверждение наличия у пациента заболевания и
(или) состояния, требующего применения высокотехнологичной
медицинской помощи , другое _____ (вписать)

Место печати

Подпись _____ (Ф.И.О.)
(главного врача направляющей медицинской организации,
руководителя органа управления здравоохранением муниципального
образования)