Приложение № 1
к письму
от 28.02.2013 № 15-4/10/2-1326

**Направление для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | *1* | **от “**  | *04* | **”** | *апреля* | **20** | *14* | **г.** |

*Фамилия Имя Отчество*

(Ф.И.О. направляемого пациента для проведения ЭКО)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | *ДД.ММ.ГГ* |  | *34* |
| (шифр пациента) |  | (дата рождения) |  | (возраст пациента) |

*Паспорт серия хххх номер хххххх, выдан ………………….*

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Страховая компания № полиса* |  | *ххх-ххх-хххх* |
| (полис ОМС) |  | (СНИЛС) |

*г. Самара, ул……………., дом…., кв…..*

(адрес регистрации/места жительства)

*DS: Бесплодие 2. Трубно- перитониальный фактор № 97.1*

(код диагноза по МКБ)

*ЗАО «Медицинская компания ИДК»*

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

*Наименование женской консультации*

 (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

*г. Самара, ул…………………., дом… тел. ххх-хх-хх*

(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Фамилия И.О.* |  | *Врач акушер-гинеколог* |
| (Ф.И.О. должностного лица) | М.П. | (должность) |

 Зав.женской консультацией