

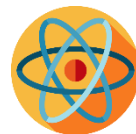
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

НАПРАВЛЕНИЕ-ПУТЕВКА №____ В РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР. ГАУЗ ТО «МКМЦ» Медицинский город»

по полису ОМС, по договору

Телефон для +7 (3452) 520-301, 270-635

пациент направляется на **РАДИОНУКЛИДНУЮ ТЕРАПИЮ:**



- лечение диффузного зоба
- лечение дифференцированного рака щитовидной железы
- лечение болевого синдрома при костных метастазах

СМК _____ Серия _____ Номер полиса _____

Наименование учреждения, направившего пациента _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Контактный телефон: _____

Адрес: _____

Диагноз: _____

Дата формирования записи: _____

Председатель ВК или заведующий поликлиникой, зам.главного врача: _____

Время госпитализации предварительно согласовывается после консультации пациента с врачом-радиотерапевтом его документов в Радиологическом центре.

«____» _____ 202__ г.

Лечащий врач

М.П.

подпись

К направлению обязательно предоставить выписку из амбулаторной карты и анализами!