

## **Уважаемые коллеги!**

В зависимости от того, какой вид ВМП показан пациенту, документы направляются:

- **в медицинскую организацию**, оказывающую ВМП (в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) – в случае оказания ВМП, включенной в базовую программу ОМС;

- **в территориальный орган управления здравоохранением** – в случае оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

***При направлении документов в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) просим вас размещать документы в пакете в указанном порядке:***

**1. Рентгенограммы необходимого сегмента опорно-двигательного аппарата или результаты других методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ), подтверждающие диагноз, или врачебное заключение специалиста поликлиники ФГБУ ФЦТОЭ Минздрава России (г. Барнаул) без прикрепления рентгенограмм и других методов обследования опорно-двигательного аппарата.**

**2. Направление на госпитализацию (бланк направления – Приложение 1, образец заполнения – Приложение 2).**

**3. Заявление о согласии пациента или его законного представителя на обработку персональных данных (бланк согласия ВМП – Приложение 3, бланк согласия ВМП в ОМС – Приложение 4).**

**4. Выписка из медицинской документации (бланк выписки – Приложение 5).**

Выписка должна отражать основной и сопутствующие диагнозы пациента. Рекомендуем указывать заключением терапевта об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению и результаты скрининговых лабораторных и инструментальных исследований (общие анализы крови и мочи, ЭКГ).

При наличии у пациента сопутствующей патологии в выписке необходимо отразить заключения узких специалистов об отсутствии противопоказаний к плановому оперативному лечению и рекомендации по периоперационному ведению.

### **5. Копии документов пациента.**

**Для взрослого и ребенка 15 лет и старше:**

- документ, удостоверяющий личность (паспорт);
- полис обязательного медицинского страхования с названием страховой медицинской организации;
- СНИЛС.

**Для ребенка до 14 лет (включительно) или старшего возраста, если его интересы продолжает представлять родитель или иной законный представитель:**

- свидетельство о рождении (независимо от наличия паспорта);
- документ, удостоверяющий личность законного представителя (паспорт) или документ, удостоверяющий право представлять интересы ребенка (кроме родителя);
- полис обязательного медицинского страхования с названием страховой медицинской организации;
- СНИЛС;
- при разных фамилиях родителя в свидетельстве о рождении и паспорте – документ о смене фамилии.

**Не вкладывайте в пакет лишние документы (бланки результатов обследований, отдельные документы заключений специалистов и т.д.), т.к. это замедляет сроки рассмотрения документов врачебной комиссией!**

Бланк медицинской организации  
(штамп)

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи**

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.

|  |  |
|--|--|
| Ф.И.О. пациента  |  |
| Дата рождения  |  |
| Адрес регистрации<br>по месту жительства,<br>индекс                |  |
| Номер полиса ОМС,<br>название страховой<br>медицинской организации |  |
| СНИЛС  |  |
| Контактный телефон<br>пациента                                     |  |

|  |   |
|--|---|
| Код диагноза по МКБ-10   |   |
| Профиль ВМП («Травматология-ортопедия» или «Нейрохирургия»)          |   |
| Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент | <b>ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)</b> |

Лечащий врач: \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО) (подпись, личная печать)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации (уполномоченное лицо):

\_\_\_\_\_  
(должность, ФИО) (подпись)

Место печати  
медицинской организации

**ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ**

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи**  
**от «24» апреля 2021 г.**

|  |  |
|--|--|
| Ф.И.О. пациента  | Иванов Иван Иванович                                     |
| Дата рождения  | 01.01.1951   |
| Адрес регистрации по месту жительства, индекс                | Алтайский край, г. Барнаул, ул. Малахова, 120-50, 656056 |
| Номер полиса ОМС, название страховой медицинской организации | 2276350878000338, Ресо-Мед                               |
| СНИЛС  | 123-456-789-01   |
| Контактный телефон пациента                                  | 8-903-967-78-34  |

|  |   |
|--|---|
| Код диагноза по МКБ-10   | M16.1, Другой первичный коксартроз                |
| Профиль ВМП («Травматология-ортопедия» или «Нейрохирургия»)          | Травматология-ортопедия                           |
| Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент | <b>ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)</b> |

Лечащий врач: травматолог-ортопед Кузнецов Сергей Иванович \_\_\_\_\_  
 (должность, ФИО) (подпись, личная печать)

Контактный телефон: 8-906-976-67-88

Электронная почта: Kusnezovsi77@mail.ru

Руководитель медицинской организации (или уполномоченное лицо):

зам. главного врача по медицинской части Сергеев М.А. \_\_\_\_\_  
 (должность, ФИО) (подпись)

Место печати  
медицинской организации

В \_\_\_\_\_

(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

и **ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России**  
**(г. Барнаул)**

Приложение  
к Порядку заполнения формы  
статистического учета N 025/у-ВМП  
"Талон на оказание  
высокотехнологичной  
медицинской помощи",  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения РФ  
от 30 января 2015 г. N 29н

## Заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

**даю** (не даю) **согласие** \_\_\_\_\_,  
(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения)

**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)**  
(наименование медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения \_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_

3. Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ, серия \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования\* \_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя  
\_\_\_\_\_  
(наименование, серия и номер, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

**Примечание.** Пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна) (нужное подчеркнуть)

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
зарегистрированы \_\_\_\_\_  
(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

### Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста) (дата приема заявления) (подпись специалиста)

\_\_\_\_\_  
\*Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

**В ФГБУ «ФЦТОЭ»**  
**Минздрава России**  
**(г. Барнаул)**

Приложение  
 к Порядку заполнения формы  
 статистического учета N 025/у-ВМП  
 "Талон на оказание  
 высокотехнологичной  
 медицинской помощи",  
 утвержденному приказом  
 Министерства здравоохранения РФ  
 от 30 января 2015 г. N 29н

## Заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

даю (не даю) согласие **ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)**  
 (наименование медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью  
 организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения \_\_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина РФ, серия \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование  
 страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного  
 медицинского страхования\* \_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

8. Сведения о законном представителе

\_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_  
 (адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_  
 (число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование, серия и номер, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

**Примечание.** Пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна) (нужное подчеркнуть)

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
зарегистрированы \_\_\_\_\_  
(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

### Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Номер талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. специалиста)

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

\_\_\_\_\_  
(подпись специалиста)

\_\_\_\_\_  
\*Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

**ВЫПИСКА**  
**из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного**  
**(подчеркнуть)**

|          |             |
|----------|-------------|
| Фамилия  | <div></div> |
| Имя      | <div></div> |
| Отчество | <div></div> |

Дата рождения  чч/мм/гг

Пол

|           |             |        |
|-----------|-------------|--------|
| Полис ОМС | <div></div> | серия: |
| Полис ОМС | <div></div> | номер: |

Пенсионное страховое свидетельство №

Адрес (насел. пункт, район, улица, дом, кв.) \_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_

Пенсионер: Да/ Нет № удост. \_\_\_\_\_ Инвалидность \_\_\_\_\_ гр. № удост. \_\_\_\_\_

Студент \_\_\_\_\_ № удост. \_\_\_\_\_ Учащийся: школа/ПТУ № \_\_\_\_\_

**Полный диагноз (основное заболевание *Код МКБ-10*, сопутствующее осложнение)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Заключение терапевта (сопутствующий диагноз, базисная терапия с указанием дозы и кратности приема)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Заключение узких специалистов (при наличии сопутствующей патологии) об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению (диагноз, базисная терапия с указанием дозы и кратности приема)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ЭКГ от**

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

**Проведенные диагностические исследования:**

**ОАК** от 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

Гемоглобин \_\_\_\_\_ Лейкоциты \_\_\_\_\_ Эритроциты \_\_\_\_\_ Тромбоциты \_\_\_\_\_ СОЭ \_\_\_\_\_

Формула \_\_\_\_\_ Длительность кровотечения \_\_\_\_\_ Время свертывания \_\_\_\_\_

**ОАМ** от 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

**Биохимическое исследование крови** от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

Общий белок \_\_\_\_\_ Мочевина \_\_\_\_\_ Креатинин \_\_\_\_\_

Билирубин \_\_\_\_\_ АлТ \_\_\_\_\_ АсТ \_\_\_\_\_ Глюкоза \_\_\_\_\_

**Коагулограмма:** Протромбиновый индекс \_\_\_\_\_ Фибриноген \_\_\_\_\_ АПТВ \_\_\_\_\_ МНО \_\_\_\_\_

(если принимает антикоагулянты)

**Другие исследования:** \_\_\_\_\_

---

---

**ЭХОКГ (при наличии мерцательной аритмии и других нарушений сердечного ритма):**

от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

---

**Ультразвуковое дуплексное исследование брахиоцефальных артерий (при наличии ОНМК в анамнезе):**

от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

---

---

М.П.

**Лечащий врач** \_\_\_\_\_

подпись