

## **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 периодическому 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!**

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи**  
**от «\_\_\_\_\_» 202\_\_ г.**

Ф.И.О. пациента	
Дата рождения	
Адрес регистрации по месту жительства, индекс	
Номер полиса ОМС, название страховой медицинской организации	
СНИЛС	
Контактный телефон 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: 8-906-976-67-88Электронная почта: Kusnezovs177@mail.ru

Руководитель медицинской организации (или уполномоченное лицо):

зам. главного врача по медицинской части Сергеев М.А.

(должность, ФИО)

(подпись)

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


Имя

Отчество

Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--

чч/мм/гг

Пол

Полис ОМС


Полис ОМС

серия:

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.

M. П.

**Лечащий врач** \_\_\_\_\_  
подпись