

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!

Бланк медицинской организации
(штамп)

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»)	
Вид ВМП (в соответствии с Постановлением Правительства РФ « О Программе гос. гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи на текущий год »)	
Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент	ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)

Лечащий врач: _____
(должность, ФИО) _____
(подпись, личная печать)

Контактный телефон: _____

Электронная почта: _____

Руководитель медицинской организации (уполномоченное лицо):

(должность, ФИО) _____
(подпись)

Место печати
медицинской организации

Бланк медицинской организации
(штамп)

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 вида ВМП (в соответствии с постановлением Правительства РФ « О Программе гос. гарантий бесплатного оказания гражданам мед. помощи на текущий год »)	Эндопротезирование суставов конечностей
Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент	ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)

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

Контактный телефон: 8-906-976-67-88

Электронная 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 № 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 серия:
 Полис ОМС 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