

Министерство здравоохранения Республики Крым Государственное
автономное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский
республиканский стоматологический центр»
295011, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Пушкина, д. 16, тел.: (3652) 27-53-
54

**Направление на плановую госпитализацию в стационар дневного
пребывания**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Диагноз _____

МКБ 10 _____

Дата и время госпитализации _____ с _____ по _____

Перечень документов и анализов для госпитализации:

1. Направление на госпитализацию из поликлинике по месту жительства (ф.057/у);
2. копия и/или оригинал документа, удостоверяющий личность гражданина (свидетельство о рождении ребенка в возрасте до 14 лет или паспорт гражданина РФ для детей старше 14 лет);
3. Полис ОМС (копия и/или оригинал);
4. СНИЛС (при наличии);
5. Общий анализ крови с тромбоцитами, гематокритом, СОЭ, время свертываемости крови (действительны 10 дней);
6. Сахар крови (действителен 10 дней);
7. Общий анализ мочи (действителен 10 дней);
8. ЭКГ, консультации педиатра и профильных специалистов при наличии сопутствующей патологии (действительный в течении 1 месяца);
9. При необходимости – биохимические обследования.

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____

Дата выдачи направления _____

*С перечнем анализов (документов), датой и временем госпитализации
ознакомлен.*

*При отсутствии одного из анализов (документов) в госпитализации может
быть отказано !!!!*

Ф.И.О. (законного представителя пациента) _____

Подпись (законного представителя пациента) _____