



---

---

14. Данные лабораторных исследований:

---

---

---

---

---

---

15. Данные инструментальных исследований:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

16. Диагноз при направлении на предоставление высокотехнологичной медицинской помощи  
Основное заболевание ( с указанием кода по МКБ 10)

---

---

Сопутствующие заболевания:

---

---

Лечащий врач

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

Заместитель главного врача  
по лечебной работе  
(по поликлинике)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО

М.П.

---

**Заключение специалиста-эксперта:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Дата консультации:

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

ФИО