

БУЗ УР «РКОД им. С.Г. Примушко МЗ УР»

ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИИ

ЛПУ заявка №

**1. Вид консультации:** первичная, вторичная (нужное подчеркнуть)

1. **Используемая система** видеоконферендсвязь

А) Протокол: Мбит/с б) Скорость работы (Кбит/сек) - Kbps

1. **Предлагаемая дата проведения**: Время: Предлагаемый консультант: (отделение, фамилия)
2. **ФИО больного**: пол - **ж** Возраст - **лет**
3. **Полис ОМС:**

Адрес проживания:

Жалобы, краткий анамнез:

Основной диагноз:

Цель консультации: плановая, экстренная (нужное подчеркнуть)

1. **Перечень проведенных исследований с указанием даты и результата:**

Подпись врача:

1. **Список исследований, которые могут быть показаны в ходе видеоконсультации с указанием способа показа**

Контактная информация : телефон лечащего врача

IPадрес ЛПУ

e-mail