

Утверждено  
приказом  
Министерства  
здравоохранения  
Мурманской области  
от 29.12.2014 № 692

**Направление  
на лечение в ГОАУЗ «Мурманский областной центр лечебной  
физкультуры и спортивной медицины»**

Штамп  
медицинской  
организации,  
выдавшей  
направление

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
3. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_  
4. Должность \_\_\_\_\_  
5. Паспорт/св-во о рождении: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
6. Серия и N полиса ОМС \_\_\_\_\_

7. ИОВ, УВОВ и др. особые категории \_\_\_\_\_  
8. Основной диагноз \_\_\_\_\_

9. Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

10. Данные обследования  
(рентгенограмма, КТ, МРТ, ЭЭГ, лабор. данные и т.д. )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Краткий анамнез заболевания (дата постановки диагноза; течение заболевания;  
информация о проведенном лечении)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Фамилия врача, направившего больного \_\_\_\_\_

Подпись, личная печать

Дата \_\_\_\_\_