

Приложение № 1
к приказу филиала «Мединцентр»
ГлавУпДК при МИД России

от «09» ~~ноября~~ 2018г. № 346/мес

1. Пункт 2.1.1. изложить в следующей редакции:

2.1. НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ				
2.1.1.	Врач-специалист лечебного отделения филиала «Мединцентр» (стационара и КДЦ)	<ul style="list-style-type: none"> • При наличии медицинских показаний для стационарного лечения пациента врач-специалист заполняет в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, протокол осмотра пациента с рекомендацией проведения стационарного лечения в отделении стационара филиала «Мединцентр» по профилю заболевания. • Заполняет Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. • При необходимости организует проведение предгоспитального обследования с оплатой услуг по условиям договора. • Оформляет направление на госпитализацию пациента на бланке «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» по утвержденной приказом филиала «Мединцентр» форме. • Для пациентов, застрахованных по ДМС, уведомляет страховую компанию по телефону о необходимости госпитализации пациента, 	<p>В день обращения</p> <p>В день обращения</p> <p>Не позднее 1 рабочего дня до даты госпитализации</p> <p>В день обращения</p> <p>В день обращения</p>	<p>При отсутствии необходимости предгоспитального обследования</p>

		<p>запрашивает гарантийное письмо, согласовывая условия размещения, способ транспортировки пациента в стационар. Оформляет запись об уведомлении страховой компании в медицинской карте, указывая Ф.И.О. работника страховой компании, принявшего уведомление.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для пациентов, обслуживающихся по договору на оказание платных медицинских услуг с физическими лицами, после согласования с ответственным за госпитализацию в стационаре (по профилю заболевания) информирует пациента (заказчика) о предварительной стоимости в соответствии с целями госпитализации, согласовывая условия размещения, способ транспортировки в стационар. • При необходимости организует транспортировку через круглосуточный диспетчерский пункт. 	<p>В день обращения</p>	
			<p>В день госпитализации (согласование транспортировки при плановой госпитализации - не позднее 1 рабочего дня до даты госпитализации)</p>	

2. Пункты 2.2.1. и 2.2.2. дополнить:

2.2. ОФОРМЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ				
2.2.1.	Дежурная медицинская сестра приемного отделения	<ul style="list-style-type: none"> Регистрирует наличие бланка «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» подписанное врачом и зав. отделения в «книге учета прихода – расхода данных направлений», по утвержденной приказом филиала «Мединцентр» форме. 	В день госпитализации	
2.2.2.	Врач приемного отделения	<ul style="list-style-type: none"> При отсутствии направления на госпитализацию, заполняет бланк «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» по утвержденной приказом филиала «Мединцентр» форме с указанием своей фамилии и ФИО заведующего профильным отделением, куда госпитализируется пациент 	В день госпитализации	<p>При отсутствии врача приемного отделения – функция переходит к врачу профильного стационарного отделения</p> <p>Отсутствие бланка «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» возможно при экстренной госпитализации</p>

ФОРМА

№ 000001

Ф.И.О. пациента

(№ а/к)

Диагноз

Ф.И.О. врача

Подпись

Дата: « » 20 г.

Вид оплаты: наличная, безналичная
(нужное подчеркнуть)

Название организации (по договорам):

Ф.И.О. представителя страховой компании:

Госпитализация

- стационар Мединцентра

- другое ЛПУ

Название ЛПУ, куда госпитализирован пациент

Причина отказа в госпитализации в стационар
Мединцентра



ФГУП ГЛАВНОЕ ПРОИЗВОДСТВЕННО-КОММЕРЧЕСКОЕ
УПРАВЛЕНИЕ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ
ДИПЛОМАТИЧЕСКОГО КОРПУСА
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФИЛИАЛ «МЕДИНЦЕНТР»
(«Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России)

MEDINCENTRE
of Main Administration for Service to the
Diplomatic Corps

ОКНО 04814998, ОГРН 1027700347840
ИНН/КПП 7704010978/770603001

НАПРАВЛЕНИЕ

На госпитализацию, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

Наименование медицинского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество: _____

2. Дата рождения: _____

3. Адрес постоянного места жительства _____

4. Место работы, должность: _____

5. Вид оплаты: наличный расчет, б/наличный расчет.
(нужное подчеркнуть)

6. Страховая компания: _____

7. Код диагноза по МКБ _____

7.1 Диагноз: _____

8. Обоснование направления: _____

Врач: _____

Ф.И.О.

Подпись

М.П.

Заведующий отделением: _____

Ф.И.О.

Подпись