

## Форма направления на проведение РКТ (МРТ)

СПб ГБУЗ "Городская поликлиника № \_\_\_\_\_"  
(наименование медицинской организации, выдавшей направление на проведение  
магнитно-резонансной, рентгеновской компьютерной томографии)

в ООО «Международный медицинский центр»  
(наименование медицинской организации, где будет проводиться исследование)

Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_

Пол: \_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_

Номер страхового полиса ОМС: \_\_\_\_\_

№ истории болезни (амб.карты): \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон: \_\_\_\_\_

Необходимость премедикации или анестезиологического обеспечения исследования: \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания и клинические симптомы: \_\_\_\_\_

Данные ранее проводимых рентгенологических и инструментального методов исследования: \_\_\_\_\_

Диагноз (код по МКБ 10): \_\_\_\_\_

Цель исследования: \_\_\_\_\_

Наименование исследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг,  
утвержденной приказом МЗ РФ от 13.10.2017 №804н\*: \_\_\_\_\_

(для РКТ указать переносимость йодсодержащих рентгеноконтрастных препаратов) (анамнез): \_\_\_\_\_

Лечащий врач медицинской организации, выдавшей направление: \_\_\_\_\_

(телефон, подпись) \_\_\_\_\_

Дата проведения врачебной (отборочной) комиссии: \_\_\_\_\_

Гл.врач (руководитель подразделения): \_\_\_\_\_

(Печать медицинской организации, выдавшей направление)