

№	Наименование	Ед. изм	Кол-во
1	Индивидуальная карта	шт.	300
2	Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг	шт.	5000
3	Журнал регистрации платных услуг	шт.	2
4	Направление на оплату	шт.	500
5	Отчет о проведении наркологического контроля	шт.	500
6	Журнал требований в билетную группу	шт.	3
7	Справка для получения путевки	шт.	500
8	Санаторно-курортная карта	шт.	1000
9	Акт рейда наркологического контроля	шт.	500
10	Карточка консультативного приема работника ДМС	шт.	1000
11	Кассовая книга	шт.	10
12	Журнал предсменных медицинских осмотров водителей	шт.	3
13	Журнал послесменных медицинских осмотров водителей	шт.	3

3 шт водител вез.м

ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Брянск»

ЖУРНАЛ
послесменных медицинских осмотров
водителей автотранспортных средств
Кабинет ПРМО

Начат 09.01 2014 г.

Окончен _____ 20 ____ г.

ЖУРНАЛ

послесменных медицинских осмотров
водителей автотранспортных средств

Кабинет ПРМО

ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Брянск»
241020, г. Брянск,
пр-т Московский, стр. 97
ОГРН 1043260504055

Начат «__» _____ 202 г.

Окончен «__» _____ 202 г.

[illegible]

[illegible]

100000

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 072/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

“ ” 20 года

1. **Фамилия, имя, отчество пациента(ки)**

2. Пол 1. Мужской ☐ 2. Женский ☐ 3. Дата рождения . .

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации

район	город	населенный пункт
-------	-------	------------------

улица _____ дом _____ квартира _____

5. Идентификационный номер в системе ОМС

6. Субъект Российской Федерации 7. Ближайший субъект Российской Федерации
(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)

8. Климат в месте проживания		9. Климатические факторы в месте проживания	
------------------------------	--	---	--

10. Код льготы

--	--	--

 11. Сопровождение **

--

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг

Номер	Серия	Дата выдачи
		. 2 0

[illegible]

14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

1. Санаторно-курортная организация

[illegible]

3. **Фамилия, имя, отчество пациента(ки)**

4. Период санаторно-курортного лечения: с

--	--	--	--	--

 по

--	--	--	--	--

5. Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

5.1. Основное заболевание .	код по МКБ-10
-----------------------------	---------------

5.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10

5.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности _____ код по МКБ-10 _____

6. Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

6.1. Основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

6.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10

код по МКБ-10

15. Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное

16. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)

17. Диагноз:

17.1. Основного заболевания

код по МКБ-10

17.2. Сопутствующие заболевания:

код по МКБ-10

код по МКБ-10

код по МКБ-10

17.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности

код по МКБ-10

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

18. Название санаторно-курортной организации

19. Лечение:

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации ☐ 2. Амбулаторно ☐

20. Продолжительность курса лечения _____ дней.

21. Путевка №

22. Фамилия, имя, отчество и подпись лица, заполнившего карту

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии)*

М.П.

* для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг

Карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, фамилий, подписей, наличия печати. Срок действия Карты 12 месяцев.

линия отреза

7. Проведено лечение

(виды лечения, количество процедур, их переносимость)

8. Эпикриз (включая данные обследования)

9. Результаты лечения: значительное улучшение ☐ улучшение ☐ без перемен ☐ ухудшение ☐

10. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур 1. Да ☐ 2. Нет ☐

11. Рекомендации по дальнейшему лечению:

12. Лечащий врач

13. Главный врач санаторно-курортной организации

М.П.

500.4

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма № 070/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Справка № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение *
" ____ " _____ 20 ____ года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол 1. Мужской ☐ 2. Женский ☐ 3. Дата рождения

4. Место регистрации _____
5. Идентификационный номер в системе ОМС

6. Субъект Российской Федерации ☐ 7. Ближайший субъект Российской Федерации ☐
(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)
8. Климат в месте проживания

--	--	--	--

 9. Климатические факторы в месте проживания

--	--	--	--
10. Код льготы

--	--	--	--

 11. Сопровождение ** ☐
12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг
Номер _____ Серия _____ Дата выдачи

13. СНИЛС

14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях / № медицинской карты стационарного больного _____
15. Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию
код по МКБ-10 _____
16. Связано ли с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга: 1 – да, 2 – нет
17. Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____
код по МКБ-10 _____
18. Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Противопоказания для санаторно-курортного лечения
отсутствуют

19. Рекомендуемое лечение

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации ☐ 2. Амбулаторно ☐

20. Предпочтительное место лечения

(указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)

21. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима ☐ Весна ☐ Лето ☐ Осень ☐

22. Лечащий врач (врач-специалист) _____

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) _____

М.П. _____

* Справка действительна в течение 12 месяцев.

** Заполняется, если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и к детям-инвалидам.

Услуга 500 руб

Поликлиника №4 на ст. Унеча ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Брянск»

Направление на оплату за мед. услуги

Ф. И. О. _____

Место работы _____

Профессия _____

Приказ № _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

ИТОГО К ОПЛАТЕ: _____

1000 руб
ручка от 10.01.01
Карточка консультативного приёма
работника ДМС

Отчёт о проведённых рейдах наркологического контроля на употребление алкоголя ,наркотических средств и психотропных веществ в АПП №4 на ст.Унеча

20 года

[illegible]

к Положению о системе мероприятий по противодействию алкопотреблению и наркопотреблению среди работников ОАО «РЖД» в рабочее время

Бригадой в составе:

1. _____
2. _____
3. _____

(фамилии, имена, отчества, должности, подписи членов бригады наркоконтроля)

« » 20__ года

проведен рейд
наркологического контроля
по маршруту

1. _____
2. _____
3. _____

(указать названия станций, структурных подразделений, рабочих мест, где проведен рейд)

[illegible]

50000

**информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, нижеподписавшийся(-аяся), _____

_____ года рождения
в соответствии со статьями 19.20 Основ законодательства РФ об
охране здоровья граждан от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ настоящим
подтверждаю свое желание получить платную медицинскую услугу

в отделении _____

Частное учреждение здравоохранения «Больница «РЖД-Медицина»
города Брянск»

Я проинформирован(-а) врачом о нижеследующем:

- о том, что данная медицинская услуга входит в Программу
государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной
медицинской помощи предоставляется в государственных и
муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно.

Я имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на все
вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Получив полную информацию о данной медицинской услуге и
о порядке ее оказания, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех
терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю
решение.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту порядок оказания
данной медицинской услуги, дал ответы на все вопросы.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Змб 7 100

ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Брянск»

ЖУРНАЛ
требований в билетную группу
(бюро)

Начат _____ 20 г.

Окончен _____ 20 г.

[illegible]

[illegible]