

Направление
для проведения программы экстракорпорального оплодотворения¹
и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках
территориальной программы обязательного медицинского страхования

Ф.И.О. (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС² пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства))

(код диагноза пациента по МКБ-10³)

(первичное/повторное обращение для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(должность) (подпись) (Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

¹ Далее - ЭКО.

² Страховой номер индивидуального лицевого счета.

³ Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.