**Министерство здравоохранения Челябинской области**

(Наименование органа управлением здравоохранением субъекта Российской Федерации)

|  |  |
| --- | --- |
| Код ОКПО | *21645089* |

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у-ВМП

Утвержденная приказом от

11.09.2007 № 590

|  |  |
| --- | --- |
| Код территории по ОКАТО | *12741350800* |

456770 Челябинская обл., г. Снежинск, ул Дзержинского,13 ; cmsh-15@mail.ru

(Почтовый и электронный адрес направившего медицинского учреждения)

|  |  |
| --- | --- |
| **Талон – направление на ВМП №** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Т.1** Дата оформления талона | |  | |
|  | |  | |
| **Т.2** Обращение за ВМП | 1 | | 1 – первичное; 2 – повторное |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Т.3** Источник финансирования | 11 | 1 – федеральный бюджет; |

2- субсидии федерального бюджета + бюджета

субъекта РФ; 3 – бюджет субъекта РФ; 4 –

иные источники

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Т.4** Направление |  | 0 – ОУЗ; 1 – платный, ДМС; 2 – перевод; |

3 – ребенок родившийся в МУ; 4 – из резерва

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Т.5** Орган направивший пациента на ВМП | 3 | 0 – ОУЗ; 1 – МЗ; 2 – РМТ; |

3 – ФМБА

**М. Данные направившего медицинского учреждения**

|  |  |
| --- | --- |
| **М.1**. Наименование  **М.2**. ОКПО | *ФГБУЗ ЦМСЧ № 15 ФМБА России* |
|  |
| *21645089* |

|  |  |
| --- | --- |
| **М.3.** Почтовый индекс | *456770* |

|  |  |
| --- | --- |
| **М.4**. Почтовый адрес | *Челябинская обл. г. Снежинск, ул. Дзержинского,13* |

|  |  |
| --- | --- |
| **М.5.** Адрес электронной почты | *Email: cmsh-15@mail.ru* |

**И. Идентификационные данные пациента**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **И.1.** Фамилия |  | **И.2**. Имя |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **И.3**. Отчество |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **И.4**. СНИИЛС |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **И.8.** Код вида документа, удостоверяющего личность | ***Паспорт*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **И.9.** Серия и номер документа |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **И.10.** Адрес регистрации: Индекс | | | | ***456770*** | | |
| Республика, край, область, город федерального значения  Город, село  Улица | | |  | | | | | |
| ***Челябинская область*** | | | | | |
| ***Снежинск*** | | | | | |
|  | | | | | |
| Дом |  | Корпус | | |  | Квартира | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактные реквизиты |  |

**У. Учетные сведения о пациенте.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **У.1.** Пол |  | 1- муж; 2- жен | **У.2.** Дата рождения |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **У.3.** Житель «город/село» | 1 | 1- город; 2 – село. |

|  |  |
| --- | --- |
| **У.4.** Код категории льготы |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **У.5.** Социальный статус |  | 1- дошкольник - организован; |

2- дошкольник – неорганизован; 3 – учащийся; 4 –

работающий; 5 – неработающий; 6 – пенсионер; 7 –

военнослужащий; 8 – БОМЖ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **У.6.** Группа инвалидности |  | 1, 2, 3 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **У.7.** Ребенок – инвалид |  | **У.8.** Инвалид с детства |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **У.9.** Степень ограничения способности к трудовой деятельности |  | 1, 2, 3 |