

Наименование и адрес медицинской организации  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального  
предпринимателя и адрес осуществления медицинской  
деятельности)

Основной государственный регистрационный номер  
(Основной государственный регистрационный  
номер индивидуального предпринимателя)

**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.  
Справка действительна в течение 12 месяцев

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_\_» 20\_\_\_ г. Пол: муж. – 1, жен. – 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: «\_\_\_» 20\_\_\_ г.

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу \_\_\_\_\_

Код субъекта Российской Федерации \_\_\_\_\_

Климат в месте проживания пациента (код) \_\_\_\_\_

Климатические факторы в месте проживания пациента (код) \_\_\_\_\_

Код меры социальной поддержки \_\_\_\_\_

Сопровождение: да – 1, нет – 2 \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде набора социальных услуг:

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_» 20\_\_\_ г.

Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_

Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию:  
код по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ) \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Заболевание, являющееся причиной инвалидности \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют

Рекомендуемое лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации – 1; амбулаторно – 2

Предпочтительное место лечения	_____
--------------------------------	-------

Рекомендуемые сезоны лечения: зима – 1, весна – 2, лето – 3, осень – 4

Лечащий врач, должность врача-специалиста \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) подпись

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) подпись

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) подпись

М.П. (при наличии)