Приложение № 5

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 13 мая 2025 г. № 274н

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |  | Медицинская документация |
| Учетная форма № 070/у |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 застрахован-

|  |  |
| --- | --- |
| ному 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)