

**Порядок направления пациентов на госпитализацию
для оказания ВМП
в ГБУЗ «ГДКБ им. Г.К. Филиппского» г. Ставрополя**

(Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».)

При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП лечащий врач направляющей медицинской организации оформляет **направления (должно быть 3 направления!!!)**:

- 1- направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на бланке направляющей медицинской организации. Должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами;
- 2- направление на госпитализацию для оказания медицинской помощи по форме 057/у (приказ от 02.09.2025 № 519н);
- 3- направление на госпитализацию электронное.

Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи должно содержать следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
2. Номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);
3. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
4. Код диагноза основного заболевания по МКБ-10: **E10.8!**;
5. Профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту (**Профиль: «Педиатрия», Вид ВМП: «12.00.42.001 Поликомпонентное лечение тяжелых форм аутоиммунного и врожденных моногенных форм сахарного диабета и гиперинсулинизма с использованием систем суточного мониторинга глюкозы и помповых дозаторов инсулина»**);
6. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
7. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии);

К направлению на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи прилагаются следующие документы пациента:

1. Выписка из медицинской документации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ (**E10.8!**), сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Дополнительно просим указывать наличие инвалидности, социальную группу (дошкольник, школьник, студент, ребенок-сирота, ребенок, оставшийся без попечения родителей, работающий, неработающий).
2. Согласие на обработку персональных данных.
3. Протокол врачебной комиссии.
4. Копии следующих документов пациента:
 - а) документ, удостоверяющий личность пациента;
 - б) документ, удостоверяющий личность законного представителя;
 - в) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);
 - г) полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);

С целью оперативного оформления талона на пациента с применением ЕГИСЗ предлагаем необходимый комплект документов направлять на электронную почту gdkb-filippского@mail.ru.

Контактное лицо: заместитель главного врача по КЭР, работе со страховыми компаниями и ЭВН Лукинова Анна Валерьевна, +7-962-449-67-21, (8652) 74-74-89

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие ГБУЗ СК «Городская детская клиническая больница имени Г.К. Филиппского» г. Ставрополя на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество)

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия,
кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

8. Сведения о законном представителе _____
(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____
(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя _____
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты 8 – 11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна).
(нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О.)

(дата)

(подпись)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

зарегистрированы _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

Бланк медицинской организации
(штамп)

НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию для оказания ВМП

от _____ (дата)

ФИО пациента: _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации по месту жительства: _____

Номер полиса ОМС, название страховой медицинской организации:

СНИЛС: _____

Код диагноза по МКБ-10: _____

Профиль ВМП: _____

Вид ВМП: _____

(в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28.12.2023 г. № 2353)

Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП:

Лечащий врач (должность) _____

(подпись, личная печать)

(ФИО)

Руководитель медицинской организации _____

(уполномоченное лицо)

(подпись)

(ФИО)

Место печати