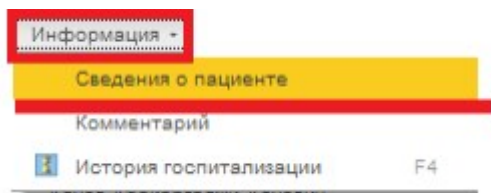


Инструкция «Печатная форма «Сведения о пациенте»»

Для просмотра и печати сведений о пациенте перейти в раздел *Отделение > Пациенты отделения*

Выбрать пациента > нажать кнопку «Информация» > Сведения о пациенте >



Нажать кнопку «Печать» > Лист сведений о пациенте

Отобразится печатная форма сведений о пациенте.

В случае если необходимо распечатать нажать кнопку «Печать»



126386 от 26.04.23, Стационарная



Копий:



СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: **Тест Тест Тестовна**Дата рождения **23 сентября 1948 г.**Гражданство **Гражданин Российской Федерации**Документ, удостоверяющий личность **Паспорт гражданина Российской Федерации серия 24 № 6**

Номер телефона _____ Адрес электронной почты _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации **Ивановская** район **Тейковский**город **Тейково**

населенный пункт _____

улица _____

дом **6**

строение/корпус _____

квартира _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации **Ивановская** район **Тейковский**город **Тейково**

населенный пункт _____

улица _____

дом **6**

строение/корпус _____

квартира _____

Местность: **городская - 1**, сельская - 2.Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1 не состоит в зарегистрированном браке - 2 **неизвестно - 3**.Общее образование: 1 - дошкольное образование; 2 - начальное общее образование; 3 - основное общее образование; 4 - среднее общее образование; профессиональное образование 5 - среднее профессиональное образование 6 - высшее образование; **неизвестно - 7**.Занятость: работает - 1, проходит военную и приравненную к ней службу - 2, **пенсионер - 3**, обучающийся - 4, не работает - 5, прочее - 6

Для детей: дошкольник, организован - 7, дошкольник, не организован - 8 школьник - 9;

социальное положение: ребенок-сирота - 10 без попечения родителей - 11, проживающий в организации для детей-сирот - 12

Место работы, место учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот:

Должность (для работающего): _____

Группа инвалидности: _____

Лицо, подвергшееся радиационному облучению: да - 1, **нет - 2**Полис обязательного медицинского страхования: **№ 3**дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: **7 февраля 2013 г.**данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному
ИВАНОВСКИЙ ФИЛИАЛ АО "СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "СОГАЗ-МЕД"СНИЛС: **501-001-000-00**

Основной вид оплаты: обязательное медицинское страхование - 1, средства бюджета (всех уровней) - 2, платные медицинские услуги - 3 в том числе добровольное медицинское страхование - 4, другое - 5

Сведения об ознакомлении с медицинской документацией