А4 форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығ бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации **КГП "РБ района Беимбета Майлина" УЗ АКО**		Медицинская документация форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Консультацияға, диагностикалық зерттеуге (керектісінің астын сызыңыз)

Жолдама зертханалық зерттеу қызметтері/консультациялық қызметтер үшін / басқа ауруханаға жатқызу үшін

"Направление на лабораторное исследование услуги/ на консультационные услуги/ на госпитализацию, перевод в другой стационар"

на консультацию, диагностическое исследование (нужное подчеркнуть)

КГП "РБ района Беимбета Майлина" УЗ АКО

жолдаған емдеу-алдын алу ұйымының атауы (наименование направляющей лечебно-профилактической организации)

Жолданады (Направляется в) **КГП "Костанайская областная детская больница" УЗ АКО**

ЕПҰ, бөлімше кабинет атауы (наименование ЛПО, отделение, кабинет)

Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество, ИИН) **ЦВЯК МИЛАНА АЛЕКСАНДРОВНА 211003653032**

Туған күні (Дата рождения) **03.10.2021**

Амбулаторлық картаның/ауру тарихының № (амбулаторной карты/ № истории болезни)

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ ТАРАНОВСКИЙ ОКРУГ: ТАРАНОВСКИЙ , АУЛ(СЕЛО): ӘЙЕТ, УЛИЦА**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды
Злокачественное новообразование забрюшинного пространства	C480

Үшін(Для) Консультациялар, диагностикалық зерттеу (консультации, диагностическое исследование)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги)

Наименование /Атауы	Кол-во
A02.043.000 Консультация: Анестезиолог-реаниматолог	1

Қызмет көрсету орны (Место оказания услуги) **В поликлинике**

Скринингтік топтар (Скрининг группы)

Тарификатордан алынатын қызметтер коды мен атауы (Код и наименование услуги из тарификатора)

Қаржыландыру көзі (Источник финансирования)

ОСМС

Республикалық бюджет, жергілікті бюджет, ақылы қызметтер, ЕМҚ шарты бойынша, басқалар (Республикаский бюджет, местный бюджет, платные услуги, по договору ДМС, прочее)

2025 жылғы (года) "21" февраль

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **БЕЛЯЕВА ЮЛИЯ ЮРЬЕВНА**

А4 форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации **КГП "РБ района Беимбета Майлина" УЗ АКО**		Медицинская документация форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Консультацияға, диагностикалық зерттеуге (керектісінің астын сызыңыз)

Жолдама зертханалық зерттеу қызметтері/консультациялық қызметтер үшін / басқа ауруханаға жатқызу үшін

"Направление на лабораторное исследование услуги/ на консультационные услуги/ на госпитализацию, перевод в другой стационар"

на консультацию, диагностическое исследование (нужное подчеркнуть)

КГП "РБ района Беимбета Майлина" УЗ АКО

жолдаған емдеу-алдын алу ұйымының атауы (наименование направляющей лечебно-профилактической организации)

Жолданады (Направляется в) **КГП "Костанайская областная детская больница" УЗ АКО**

ЕПҰ, бөлімше кабинет атауы (наименование ЛПО, отделение, кабинет)

Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество, ИИН) **ЦВЯК МИЛАНА АЛЕКСАНДРОВНА 211003653032**

Туған күні (Дата рождения) **03.10.2021**

Амбулаторлық картанын/ауру тарихының № (амбулаторной карты/ № истории болезни)

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ ТАРАНОВСКИЙ ОКРУГ: Тарановский , АУЛ(СЕЛО): ӘЙЕТ, УЛИЦА: ЮЖНАЯ**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды
Злокачественное новообразование забрюшинного пространства	**C480**

Үшін(Для) Консультациялар, диагностикалық зерттеу (консультации, диагностическое исследование)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги)

Наименование /Атауы	Кол-во / Саны
A02.043.000 Консультация: Анестезиолог-реаниматолог	1

Қызмет көрсету орны (Место оказания услуги) **В поликлинике**

Скринингтік топтар (Скрининг группы)

Тарификатордан алынатын қызметтер коды мен атауы (Код и наименование услуги из тарификатора)

Қаржыландыру көзі (Источник финансирования)

ОСМС

Республикалық бюджет, жергілікті бюджет, ақылы қызметтер, ЕМҚ шарты бойынша, басқалар (Республиканский бюджет, местный бюджет, платные услуги, по договору ДМС, прочее)

2025 жылғы (года) "10" январь

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **БЕЛЯЕВА ЮЛИЯ ЮРЬЕВНА**

БЕЛЯЕВА ЮЛИЯ ЮРЬЕВНА ДӘРІГЕР ВРАЧ

А4 форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации **КГП "РБ района Бекмбета Майлина" УЗ АКО**	Медицинская документация форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Консультацияға, диагностикалық зерттеуге (керектісінің астын сызыңыз)

Жолдама зертханалық зерттеу қызметтері/консультациялық қызметтер үшін / басқа ауруханаға жатқызу үшін

"Направление на лабораторное исследование услуги/ на консультационные услуги/ на госпитализацию, перевод в другой стационар"

на консультацию, диагностическое исследование (нужное подчеркнуть)

КГП "РБ района Бекмбета Майлина" УЗ АКО

жолдаған емлеу-алдын алу ұйымының атауы (наименование направляющей лечебно-профилактической организации)

Жолданады (Направляется в) **КГП "Костанайская областная детская больница" УЗ АКО**

ЕПУ, бөлімше кабинет атауы (наименование ЛПО, отделение, кабинет)

Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество, ИИН) **МИНЬКИНА НАТАЛЬЯ СЕРГЕЕВНА 180709603122**

Туған күні (Дата рождения) **09.07.2018**

Амбулаторлық картаның/ауру тарихының № (амбулаторной карты/ № истории болезни)

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ ТАРАНОВСКИЙ ОКРУГ: МАЙСКИЙ , АУЛ(СЕЛО): МАЙСКОЕ , УЛИЦА: ИНДУ**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10
Локализованная (фокальная)(парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом	**G400**

Үшін(Для) Консультациялар, диагностикалық зерттеу (консультации, диагностическое исследование)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги)

Наименование /Атауы	Кол-во / Саны
A02.043.000 Консультация: Анестезиолог-реаниматолог	**1**

Қызмет көрсету орны (Место оказания услуги) **В поликлинике**

Скринингтік топтар (Скрининг группы)

Тарификатордан алынатын қызметтер коды мен атауы (Код и наименование услуги из тарификатора)

Қаржыландыру көзі (Источник финансирования)

ОСМС

Республикалық бюджет, жергілікті бюджет, ақылы қызметтер, ЕМК шарты бойынша, басқалар (Республиканский бюджет, местный бюджет, платные услуги, по договору ДМС, прочее)

2025 жылғы (года) "19" февраль

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **СПАНОВ АДИЛБЕК МУСЫРМАНКУЛУЛЫ**