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 "Мендыкаринская РБ" УЗ АКО**		Медицинская документация форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № КР 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 "Мендыкаринская РБ" УЗ АКО

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

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

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

Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество, ИИН) **БАТУРИН ДАВИД ВИКТОРОВИЧ 210813557082**

Туған күні (Дата рождения) **13.08.2021**

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

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ МЕНДЫКАРИНСКИЙ АУЛ(СЕЛО): Боровской , УЛИЦА: Королева , ДОМ: 8**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды
В личном анамнезе врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	Z877

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 (Республикаский бюджет, местный бюджет, платные услуги, по договору ДМС, прочее)

2025 жылғы (года) "11" июль

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **СЕРАЛИНА УЛБОСЫН АБИЛКАСОВНА**

Уралиева

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 "Мендыкаринская РБ" 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 "Мендыкаринская РБ" УЗ АКО

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

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

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

Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество, ИИН) **САТТАРОВА ТОМИРИС АМАНҚЫЗЫ 211230653146**

Туған күні (Дата рождения) **30.12.2021**

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

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ МЕНДЫКАРИНСКИЙ АУЛ(СЕЛО): Боровской , УЛИЦА: Абая , ДОМ: 11**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды
Врожденные церебральные кисты	**Q046**

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 (Республикаский бюджет, местный бюджет, платные услуги, по договору ДМС, прочее)

2025 жылғы (года) "11" июль

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **СЕРАЛИНА УЛБОСЫН АБИЛКАСОВНА**

Удаление 32
к 8⁰⁰ часам