Уральская 3213 приемный покой с 9-12[00] с анализами

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 "Рудненская городская поликлиника" 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 "Рудненская городская поликлиника" 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) **БАТИХАНОВ БАТЫРХАН НУРЖАНОВИЧ 230305050042**

Туған күні (Дата рождения) **05.03.2023**

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

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ Рудный УЛИЦА: 50 Лет Октября , ДОМ: 90, КВАРТИРА: 41**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды
Врожденный сколиоз, вызванный пороком развития кости	**Q763**

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) "16" июль

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **МАХМУТОВА ПЕРИЗАТ БЕРДИБЕКОВНА**

21.07.
с 9-12[00]

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 "Рудненская городская поликлиника" 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 "Рудненская городская поликлиника" 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) **КВАН МИЯ ВАЛЕРЬЕВНА 210207650094**

Туған күні (Дата рождения) **07.02.2021**

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

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ Рудный УЛИЦА: КАЧАРСКАЯ , ДОМ: 26 , КВАРТИРА: 38**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды
Другие уточненные поражения центральной нервной системы	G968

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) "25" июль

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **ЭРГАШБАЕВА ГУЛЖАНАР АБДУАЛИЕВНА**

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 Медицинская документация форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020
Ұйымның атауы Наименование организации **КГП "Рудненская городская поликлиника" УЗ АКО**		

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 "Рудненская городская поликлиника" 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) **БАДХИДИН АЗАМАТ ДУЛАТҰЛЫ 250609554192**

Туған күні (Дата рождения) **09.06.2025**

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

Мекенжайы (Домашний адрес) **КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТЬ Рудный УЛИЦА: КОРЧАГИНА , ДОМ: 100, КВАРТИРА: 47**

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы)

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды
Врожденная атрезия хоан	**Q300**

Үшін(Для) Консультацияға, 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) "14" июль

Дәрігер (Врач) _____
қолы (подпись)

Т.А.Ә., дәрігердің коды (Ф.И.О., код врача) **АБУБАКИРОВА ГАЛИЯ ГЕНАДИЕВНА**