

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України

19 жовтня 2015 року № 681

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я  Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма  Код за ЄДРПОУ		<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>	
		Форма первинної облікової документації <b>№ 001/тм</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України №	
<b>ЗАПИТ</b> <b>на телемедичне консультування</b>			
1. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта			
2. Вік пацієнта <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (повних років)			
3. Стать Ч   Ж			
4. Загальний анамнез та результати проведених досліджень			
5. Діагноз			
6. Запитання до консультанта:			
“___” _____ 20__ року.			
М. П.			
7. Статус (ургентний) <input type="checkbox"/>			
		Лікуючий лікар	(П. І. Б., підпис)