

ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ НА ЛЕЧЕНИЕ: ПУЛЬМОНОЛОГИЯ/ЭНДОКРИНОЛОГИЯ/НЕВРОЛОГИЯ

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ	СРОК ДЕЙСТВИЯ	ГДЕ ВЗЯТЬ	ПРИМЕЧАНИЕ	ОТМЕТИТЬ НАЛИЧИЕ
ДОКУМЕНТЫ					
1	Страховой полис ребенка				
2	Паспорт для детей старше 14 лет				
3	Свидетельство о рождении для детей младше 14 лет				
4	СНИЛС ребенка				
5	Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию профильного специалиста поликлиники (форма N 057/У-04) в ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса		Районная поликлиника	Проверьте наличие штампа и печати поликлиники	
6	Амбулаторная карта пациента, результаты ранее проведенных обследований		Районная поликлиника		
7	Прививочный сертификат ребенка + ксерокопия				
8	Справка об отсутствии карантина по месту жительства	24 часа	Районная поликлиника/ СЭС		
9	Справка об отсутствии карантина по месту учебы (я/с, д/с, школа, колледж и т.д.) с последнего дня посещения	24 часа	Учебное заведение	Из школ не предоставляется в период с 21.06. по 01.09.	
ОБСЛЕДОВАНИЯ					
1	Анализ крови на АЛТ	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
2	Клинический анализ крови	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
3	Общий анализ мочи	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
4	Анализ кала на я/глистов	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
5	Соскоб на энтеробиоз	10 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
6	Анализ кала на дизгруппу (для детей младше двух лет)	14 дней	Поликлиника/ частная лаборатория		
7	Флюорография для пациентов старше 15 лет	1 год	Поликлиника/ частная лаборатория		
ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ					
1	Сменная обувь для пациента				
2	Бахилы для сопровождающего				
для лиц по уходу, пребывающих круглосуточно на отделении					

1	Паспорт законного представителя (мать/отец/опекун + документ, подтверждающий статус законного представителя пациента)			Родственники пациента (братья, сестры, дедушки и бабушки) и супруги родителей (мачеха, отчим) считаются третьими лицами, если они не являются опекунами ребенка	
2	Нотариально заверенное согласие законных представителей на представление законных интересов ребенка в ЛПУ для пациентов младше 15 лет			Только для третьих лиц	
3	Флюорография законного представителя (мать/отец/опекун), находящегося в стационаре по уходу за пациентом	1 год	Поликлиника/ частная клиника		
4	Копия прививочного сертификата/карта профилактических прививок 063/у		Поликлиника		
ВНИМАНИЕ!					
1	В случае отказа от госпитализации по какой-либо причине, напишите об этом на почту rauhfus@zdrav.spb.ru (причину можно не указывать), ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ - 4otd@rauhfus.ru . Тогда этим местом сможет воспользоваться другой нуждающийся ребенок.				