Приложение 1

Запрос

на оказание медицинской помощи в КОГКБУЗ «ЦОМР»

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент (Ф.И.О.) |  |
| Дата рождения |  |
| Адрес проживания |  |
| Контакты (номер телефона, адрес электронной почты) |  |
| Диагноз |  |
| Цель обращения |  |
| Данные инструментальных и диагностических исследований (скан, фото) в надлежащем качестве |  |