

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Форма № 070/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**Справка № \_\_\_\_\_**  
**для получения путевки на санаторно-курортное лечение \***  
**“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года**

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
2. Пол 1. Мужской  2. Женский  3. Дата рождения \_\_\_\_\_  
4. Место регистрации \_\_\_\_\_

5. Идентификационный номер в системе ОМС \_\_\_\_\_

6. Субъект Российской Федерации  7. Ближайший субъект Российской Федерации   
(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)  
8. Климат в месте проживания  9. Климатические факторы в месте проживания

10. Код льготы  11. Сопровождение \*\*   
12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг  
Номер \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

13. СНИЛС \_\_\_\_\_

14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях  
/№ медицинской карты стационарного больного \_\_\_\_\_

15. Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

16. Связано ли с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга: 1 – да, 2 – нет

17. Заболевание, являющееся причиной инвалидности \_\_\_\_\_

18. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Противопоказания для санаторно-курортного лечения  
отсутствуют

19. Рекомендуемое лечение

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации  2. Амбулаторно

20. Предпочтительное место  
лечения \_\_\_\_\_  
(указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)

21. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима  Весна  Лето  Осень

22. Лечащий врач (врач-специалист) \_\_\_\_\_

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_

\* Справка действительна в течение 12 месяцев.

\*\*Заполняется, если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и к детям-инвалидам.