



-  
- (8442)-91-35-35

---

- \*) \_\_\_\_\_

- \*) \_\_\_\_\_

- \*) \_\_\_\_\_

- \*\*\*) \_\_\_\_\_

- **□□□** \_\_\_\_\_

- \*) \_\_\_\_\_

- \*\* **□□□**

- \*\* \_\_\_\_\_

- , \*\* \_\_\_\_\_

- ( ) \_\_\_\_\_

- ( 1 )

- - \*\*) \_\_\_\_\_

- \*\*) \_\_\_\_\_

\*) -  
\*\*) -  
\*\*\*) -

**Заключение терапевта (действительно не более двух недель)**

---

---

---

---

- заключение невролога (пациентам, страдающим неврологической патологией

) \_\_\_\_\_

---

–

---

- заключение кардиолога (пациентам, страдающим кардиологической патологией)

---

---

- заключение врачей специалистов (для пациентов, находящихся на диспансерном учете)

---

---

---

---

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ:**

Заключение эндокринолога о возможности планового хирургического лечения, включающее диагноз, лечение (диета, таблетированные сахароснижающие препараты, инсулинотерапия – дозы), индивидуальные рекомендации.

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ГЛАЗА**

Рентгенография орбиты в 2-х проекциях с описанием

**При себе необходимо иметь все назначенные медикаменты, а так же паспорт, полис, СНИЛС и удостоверения, дающие право на льготы по оплате медицинских услуг.**

Дата \_\_\_\_\_