

Приложение 7  
к Территориальной программе

Форма

**РЕЕСТР**

**сведений об оказании медицинской помощи в экстренной форме в \_\_\_\_\_**  
**(наименование медицинской организации)**

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Дата рождения, адрес	Вид и условия медицинской помощи, оказанной в экстренной форме	Даты начала и окончания оказания медицинской помощи в экстренной форме	Ф.И.О. медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь в экстренной форме, должность, информация о сертификате специалиста (свидетельстве об аккредитации специалиста)	Медицинский диагноз по коду Международной классификации болезней	Перечень оказанных медицинских услуг	Перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, примененных при оказании медицинской помощи в экстренной форме	Расходы на оказание медицинских услуг и стоимость лекарственных препаратов и медицинских изделий (руб.), номер и дата счета-фактуры
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Руководитель  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии печати) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.