

Направление
для проведения программы экстракорпорального
оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных
эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного
медицинского страхования

(Ф.И.О. (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для
проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))

(полис обязательного медицинского страхования пациента)

(СНИЛС
пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства))

(код диагноза пациента по [МКБ-10](#))

(первичное/повторное обращение для проведения программы ЭКО и (или)
переноса криоконсервированных эмбрионов)

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(должность)

(подпись) (Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

Дата выдачи направления

М.П.