

Приложение N 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. N 274н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный
номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма N 070/у

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 13 мая 2025 г. N 274н

Справка N _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение
"__" _____ 20__ года

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

Справка действительна в течение 12 месяцев

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____
Дата рождения: "__" _____ 20__ г. Пол: муж. - 1, жен. - 2
Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____
улица _____ дом __ строение/корпус __ квартира __ тел. _____
Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____
улица _____ дом __ строение/корпус __ квартира __ тел. _____
Полис обязательного медицинского страхования: _____
дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования
"__" _____ 20__ г. _
данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом
или определенной застрахованному лицу _____
Код субъекта Российской Федерации _____
Климат в месте проживания пациента (код) _____
Климатические факторы в месте проживания пациента (код) _____
Код меры социальной поддержки _____
Сопровождение: да - 1, нет - 2 _____
Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде
набора социальных услуг:
серия _____ номер _____ дата выдачи "__" _____ 20__ г.
Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____
Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в
санаторно-курортную организацию: _____ код
по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных
со здоровьем (далее - МКБ) _____
Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____
Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____ код по МКБ _____

Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют

Рекомендуемое лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации - 1; амбулаторно - 2

| | |
|-----------------------------------|--|
| Предпочтительное место лечения | |
|-----------------------------------|--|

Рекомендуемые сезоны лечения: зима - 1, весна - 2, лето - 3, осень - 4

Лечащий врач, должность врача-специалиста _____
(фамилия, имя, отчество подпись
(при наличии))

Заведующий отделением _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) подпись

Председатель врачебной комиссии _____
(фамилия, имя, отчество подпись
(при наличии))

М.П. (при наличии)