УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_

Форма

**Реестр пациентов, нуждающихся в проведении программам ВРТ в системе ОМС**

**(Реестр ЭКО/ Реестр криопереносов)**

указать нужное

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер очереди | Шифр пациента | ФИО пациента (отчество при наличии) | Контактный номер телефона | Дата  рождения | Адрес места регистрации | Диагноз | Дата направления | Направившая медицинская организация | Дата включения в Регистр пациентов |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_