Приложение 13

к приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 02.09.2017 № 1059 (в редакции приказа Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 11.09.2017 № 1624)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения  |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ |
|  |  |  | **№ 045-1/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказом Министерства здравоохранения  |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Т А Л О Н****пациента, получающего психотерапевтическое лечение у врача-психотерапевта** |
| 1.Медицинская карта амбулаторного/стационарного больного № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  (число, месяц, год)4. Кем направлен пациент (специальность врача) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.Получает психотерапевтическое лечение: впервые в жизни – 1, повторно – 2 |  |  |
| 6. Дата начала психотерапевтического лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_7. Дата окончания психотерапевтического лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_8. Проведенное психотерапевтическое лечение: |
| Вид психотерапии: | Количество проведенных сеансов: |
| Индивидуальная |  |
| Групповая (коллективная) |  |
| С парами и семьями |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9. Место проведения сеанса психотерапии (нужное подчеркнуть): амбулаторное (психотерапевтический кабинет поликлиники, диспансера, диспансерного отделения) – 1,дневной стационар – 2, стационар специализированного учреждения здравоохранения – 3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Врач-психотерапевт   |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) |

 |

 |

 2 Продолжение приложения 13

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Дата** | **Вид психотерапии** | **Подпись****врача** | **Примечание** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

И.о. директора департамента

организации оказания медицинской Е.А. Окунева

помощи