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