

**Заявка на проведение повторного (консультативного) приема врача-детского
эндокринолога в Областном центре детской эндокринологии с применением
телемедицинских технологий**

ФИО законного представителя ребенка, участвующего в ТМК: (мать/отец/опекун)

СНИЛС законного представителя: (мать/отец/опекун): _____

СНИЛС ребенка: _____

Полис ребенка (номер полиса, кем выдан):

ФИО ребенка: _____

Пол ребенка: жен/муж

Дата рождения ребенка: _____

Контактный телефон: _____

Адрес регистрации: г. _____ ул. _____

Адрес фактического проживания: г. _____ ул. _____

Больница, в которой ребенок состоит на учете у педиатра по м/ж: _____

**Ранее установленный диагноз, с которым ребенок состоит на диспансерном учете у
детского эндокринолога:** _____

Ваши пожелания по дате телемедицинской консультации: _____

Ваши пожелания по формату ТМК (видео+чат; чат) _____

Прошу выслать электронный протокол телемедицинской консультации на указанную
электронную почту: _____