

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		Форма первинної облікової документації № 001/тм	
Код за ЄДРПОУ		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ МОЗ України	
		№	
ЗАПИТ на телемедичне консультування			
1. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта			
2. Вік пацієнта		3. Стать Ч Ж	
4. Загальний анамнез та результати проведених досліджень			
5. Діагноз			
6. Запитання до консультанта:			
“ ” 20__ року.			
М. П.			
7. Статус (ургентний)			
Лікуючий лікар		(П. І. Б., підпис)	