

Приложение 6  
к приказу департамента  
здравоохранения  
от 22.02.2017 № 189

**Направление  
на госпитализацию для медицинской реабилитации**

В реабилитационное отделение 2 этапа \_\_\_\_\_

Пациент

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Полис \_\_\_\_\_

Направлен (название направившей МО) \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Уровень функциональных нарушений и степень приспособления к факторам  
окружающей среды \_\_\_\_\_

Перспективы восстановления функций \_\_\_\_\_

Оценка по шкале Рэнкина\* \_\_\_\_\_ баллов

Оценка по шкале Лекена \* \_\_\_\_\_ баллов

Оценка по шкале Харриса \* \_\_\_\_\_ баллов

Результаты нейровизуализации, либо инструментальных методов  
исследования \_\_\_\_\_

Результаты лабораторных исследований \_\_\_\_\_

Цель проведения реабилитационных мероприятий

(указать): \_\_\_\_\_, в том числе

- уменьшение двигательного дефицита;
- коррекция нарушений речи, глотания и питания;
- снижение уровня зависимости от посторонней помощи и адаптация к самообслуживанию;
- иные.

Противопоказания: \_\_\_\_\_

Дата выдачи направления (чч.мм.гггг)

Ф.И.О. направившего врача \_\_\_\_\_

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_

Подпись председателя ВК \_\_\_\_\_

М.П. (Печать медицинской организации)