

**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: \_\_\_\_\_