



Министерство здравоохранения Рязанской области
Государственное бюджетное учреждение Рязанской области
"Обласная клиническая больница им. Н.А. Семашко"

г. Рязань, ул. Семашко, д.3

тел. регистратуры поликлиники (4912) 50-64-70
тел. администратора отделения платных услуг (4912) 77-72-03

Мы рады, что Вы выбрали нашу клинику!

УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

Вам предстоит лечение в 3 офтальмологическом отделении.

Перед госпитализацией необходимо пройти следующее обследование:

№	ИССЛЕДОВАНИЕ	Срок действия исследования
1.	Общий анализ крови	10 дней
2.	Общий анализ мочи	10 дней
3.	Анализ крови на сахар	10 дней
4.	ЭКГ (плёнка с описанием)	10 дней
5.	Анализ крови на реакцию Вассермана	1 мес.
6.	Флюорография грудной клетки.	1 год
7.	Кал на яйца глист	1мес.
8.	Заключение терапевта (<i>подробное</i> , с указанием статуса, диагноза. Указать все принимаемые пациентом препараты!)	10 дней
9.	При наличии диагноза «Сахарный диабет» - консультация эндокринолога.	14 дней

На госпитализацию Вы приходите: дата «___» _____ 20___ г. время _____ кабинет № _____ к врачу: _____

Возьмите с собой:

- паспорт; страховой медицинский полис;
- результаты обследования;
- личные вещи: а) женщинам - халат или спортивный костюм, тапочки, предметы личной гигиены;
- б) мужчинам - пижаму или спортивный костюм, тапочки, предметы личной гигиены;
- в) по желанию – посуду, полотенце.

Дата «___» _____ 20___ г.

Врач _____

Уважаемые посетители ОКБ им. Н.А.Семашко!

Мы заботимся не только о Вашем здоровье, но и о Вашем настроении и спокойствии.

Приходите к нам, мы сделаем все, что в наших силах, чтобы Вы получили такую помощь, которая соответствует Вашим ожиданиям!