

Ваш ребенок, _____,
записан в кабинет охраны зрения детей (КОЗД) ГАУЗ АО "АКОБ"
Вам необходимо подойти _____ г. с **09:00** до **11:00** (по талону),
на 3ий этаж 4х этажного корпуса в кабинет №40

ОФТАЛЬМОЛОГУ (ПЕДИАТРУ) ПОЛИКЛИНИКИ по месту жительства

Для лечения в ГАУЗ АО "АКОБ" необходимо предоставить результаты следующих обследований (в скобках указан срок годности):

1. Консультация педиатра с указанием полного клинического диагноза и рекомендованной лекарственной терапии (препарат, дозировка, количество приемов в сутки)

2. Справка об отсутствии карантина у детей (3 дня) _____

3. Консультация врачей специалистов при наличии сопутствующей патологии: (в том числе заключение: эндокринолога - при наличии сахарного диабета, кардиолога - при наличии в анамнезе врожденных пороков сердца, невролога - при тяжелых неврологических нарушениях и др.)

Диагноз: _____

Врач-офтальмолог: _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

телефон СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ: 66-19-26 (запись на лечение в будние дни с 09:00 до 09:30)

телефон КОЗД: 66-11-95

Детская регистратура 66-31-09 (будние дни с 12:00 до 17:00)

Платная регистратура 68-37-02

Необходимо иметь документы (паспорт/свидетельство о рождении детям до 14 лет; полис ОМС, соответствующий данным паспорта и социальному статусу пациента; страховое свидетельство государственного пенсионного страхования - СНИЛС; справку МСЭ о наличии инвалидности; документ, подтверждающий полномочия законного представителя - паспорт для родителей, удостоверение опекуна, доверенность), сменную обувь (не бахилы).

Для родителей, посещающих отделение вместе с детьми, необходима сменная обувь (не бахилы).

Посещение ребенком КОЗД возможно в сопровождении только одного взрослого.

В случае неявки на лечение необходимо позвонить за 7-10 дней старшей медицинской сестре отделения по тел. 66-19-26 или в детскую регистратуру по тел. 68-31-09