



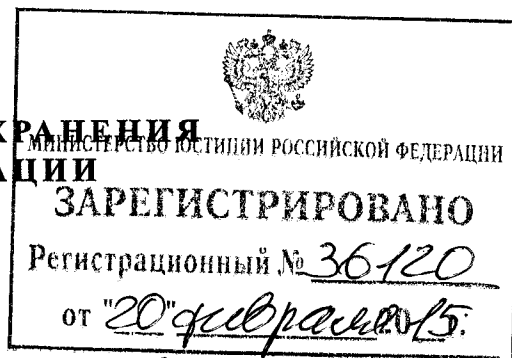
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздрав России)

**П Р И К А З**

*30 января 2015 г.*

Москва



№ 29н

**О формах статистического учета и  
отчетности, используемых при организации оказания  
высокотехнологичной медицинской помощи с применением  
специализированной информационной системы,  
порядках их заполнения и сроках представления**

В соответствии со статьями 14 и 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4257; № 49, ст. 6927) и подпунктом 5.2.197 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2013, № 16, ст. 1970; № 20, ст. 2477; № 22, ст. 2812; № 33, ст. 4386; № 45, ст. 5822; 2014, № 12, ст. 1296; № 26, ст. 3577; № 30, ст. 4307; № 37, ст. 4969; 2015, № 2, ст. 491), п р и к а з ы в а ю:

**1. Утвердить:**

1.1. форму статистического учета № 025/у-ВМП «Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» согласно приложению № 1;

1.2. порядок заполнения и сроки представления формы статистического учета № 025/у-ВМП «Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» согласно приложению № 2;

1.3. форму статистической отчетности № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не

включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 3;

1.4. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 4;

1.5. форму статистической отчетности № 67-С-ОУЗ-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 5;

1.6. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности № 67-С-ОУЗ-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 6;

1.7. форму статистической отчетности № 67-МО-МЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации» согласно приложению № 7;

1.8. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности № 67-МО-МЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации» согласно приложению № 8;

1.9. форму статистической отчетности № 67-С-МО-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации» согласно приложению № 9;

1.10. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности № 67-С-МО-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации» согласно приложению № 10;

1.11. форму статистической отчетности № 67-ФОМС-МЗ «Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» согласно приложению № 11;

1.12. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности № 67-ФОМС-МЗ «Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» согласно приложению № 12.

## 2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2012 г. № 212н «О формах статистического учета и отчетности об оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и порядке их заполнения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 апреля 2012 г., регистрационный № 23914);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2013 г. № 97н «О внесении изменений в приложения № 1 и № 9 к

приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2012 г. № 212н «О формах статистического учета и отчетности об оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и порядке их заполнения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 апреля 2013 г., регистрационный № 28007).

*Скворцова*

В.И. Скворцова

КОПИЯ ВЕРНА

Начальник Общего отдела

*Кулешова*  
Ю.В. Кулешова

*13 февраля* 2015 г.





штрих код

Приложение № 1

к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 января 2015 г. № 29н

Форма статистического учета № 025/у-ВМП

Утверждена приказом Минздрава России  
от 30 января 2015 г. № 29н

Талон на оказание высокотехнологичной  
медицинской помощи\* №



II. Паспортная часть талона (ОУЗ, МО-ОМС)\*\*

П.1.	Наименование ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>	
П.2.	ОКПО ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>	
П.3.	ОКАТО ОУЗ	<input type="text"/>	
П.4.	Почтовый индекс ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>	
П.5.	Почтовый адрес ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>	
П.6.	Адрес электронной почты ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>	
П.7.	Дата оформления талона	<input type="text"/>	
П.8.	Обращение пациента за ВМП	<input type="checkbox"/> 1 - первичное, 2 - повторное.	
П.9.	Источник оказания ВМП	<input type="checkbox"/> 1 - включенная в базовую программу ОМС**** 2.1. не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая в ФГУ ***** 2.2. не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая в МО субъекта Российской Федерации *****	
П.10.	Направление на ВМП	<input type="checkbox"/> 1 - ОУЗ 2- МО *****	
П.11.1.	Фамилия	<input type="text"/>	П.11.2. Имя <input type="text"/>
П.11.3.	Отчество (при наличии)	<input type="text"/>	
П.12.	СНИЛС (при наличии)	<input type="text"/>	
П.13.	Наименование страховой медицинской организации (при наличии)	<input type="text"/>	
П.13.1.	Номер полиса ОМС (при наличии)	<input type="text"/>	
П.14.	Документ, удостоверяющий личность:	<input type="text"/>	
П.14.1.	Серия	<input type="text"/>	П.14.2. Номер <input type="text"/>
П.14.3.	Кем и когда выдан документ удостоверяющий личность:	<input type="text"/>	
П.15.	Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) пациента:	<input type="text"/>	
	Субъект Российской Федерации	<input type="text"/>	
	город	<input type="text"/>	
	улица	<input type="text"/>	
	дом	<input type="text"/>	корпус <input type="text"/>
	квартира	<input type="text"/>	
П.16.	Контактный телефон	<input type="text"/>	
П.17.	Согласен(на) на использование персональных данных для организации ВМП (да/нет)	<input type="text"/>	

\* Далес - ВМП

\*\* Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

\*\*\* Обязательное медицинское страхование

\*\*\*\* Федеральное государственное учреждение, включенное в перечень федеральных государственных учреждений, который утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 6 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927) (далее - Закон)

\*\*\*\*\* Медицинская организация, включенная в перечень, который утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с частью 7 статьи 34 Закона

\*\*\*\*\* Медицинская организация, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи

С. Справочные сведения о пациенте (ОУЗ, МО-ОМС)

С.1.	Пол	<input type="checkbox"/>	1 - муж., 2 - жен.	С.2.	Дата рождения	<input type="text"/>	
С.3.	Местность	<input type="text"/>	1 - городская, 2 - сельская	С.4.	Код категории льготы	<input type="text"/>	
С.5.	Занятость	<input type="text"/>					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1 ЭТАП (ОУЗ, МО-ОМС)

- 1.1. Код принятого решения (ОУЗ)  1 - наличие медицинских показаний для оказания ВМП  
2 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП  
3 - необходимость проведения дополнительного обследования
- 1.2. Дата принятия решения (ОУЗ)
- 1.3. Код диагноза по МКБ-10 (ОУЗ)
- 1.4. Наименование вида ВМП (ОУЗ)
- 1.5. Наименование МО-ВМП\*\*\*\*\*
- 1.6.1. Дата направления документов в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации (ОУЗ)
- 1.6.2. Дата получения документов (МО-ОМС)
- 1.7. ФИО должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС)
- 1.8. Наименование должности (ОУЗ, МО-ОМС)
- 1.9. Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты (ОУЗ, МО-ОМС)
- 1.10. Подпись должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС)  М.П.

Комментарии:

\*\*\*\*\* ФГУ, МО субъекта Российской Федерации, МО-ОМС

## 2 ЭТАП (МО-ВМП)

Талон на оказание ВМП №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 2.1. Дата получения документов
- 2.2. Дата оформления документов МО-ВМП
- 2.3. Код принятого решения  1 - наличие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП  
2 - отсутствие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП  
3 - необходимость проведения дополнительного обследования  
4 - наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи
- 2.4. Дата принятия решения
- 2.5. Наименование вида ВМП
- 2.6. Дата планируемой госпитализации
- 2.7. Дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП
- 2.8. Способ уведомления  1 - почтой, 2 - телефонограммой, 3 - по электронной почте
- 2.9. ФИО должностного лица
- 2.10. Наименование должности
- 2.11. Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты
- 2.12. Подпись должностного лица  М. П.

Комментарии:

## 3 ЭТАП (ОУЗ)

3.1.	Талоны на проезд предоставляются	<input type="checkbox"/>	1-да, 2-нет
3.2.	Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан	<input type="text"/>	
3.3.	Нуждается в сопровождении	<input type="checkbox"/>	1-да, 2-нет
3.4.	ФИО сопровождающего лица	<input type="text"/>	
3.5.	Дата планируемой госпитализации	<input type="text"/>	
3.6.	ФИО должностного лица	<input type="text"/>	
3.7.	Наименование должности	<input type="text"/>	
3.8.	Подпись должностного лица	<input type="text"/>	М. П.
<b>Комментарии:</b>			

## 4 ЭТАП (МО-ВМП)

4.1.	Дата обращения пациента в МО-ВМП	<input type="text"/>	
4.2.	Код принятого решения	<input type="checkbox"/>	1 - госпитализировать 2 - изменить дату госпитализации, причину указать в комментариях
4.3.	ФИО должностного лица	<input type="text"/>	
4.4.	Наименование должности	<input type="text"/>	
4.5.	Подпись должностного лица	<input type="text"/>	М. П.
<b>Комментарии:</b>			

## 5 ЭТАП (МО-ВМП)

5.1.	Дата выписки пациента из МО-ВМП	<input type="text"/>	
5.2.	Результат направления на ВМП	<input type="checkbox"/>	1. ВМП оказана:  ВМП не оказана по причине: 2 - отказ пациента от ВМП 3 - летальный исход до оказания ВМП
5.3.	Код диагноза при выписке (по МКБ-10)	<input type="text"/>	(основной)
5.4.	Наименование вида оказанной ВМП	<input type="text"/>	
5.5.	Дата проведения оперативного вмешательства	<input type="text"/>	
5.6.	Результат оказания ВМП	<input type="checkbox"/>	1 - выздоровление, 2 - улучшение, 3 - без перемен, 4 - ухудшение, 5 - летальный исход
5.7.	Рекомендовано	<input type="checkbox"/>	1 - медицинская реабилитация, 2 - повторная госпитализация для оказания ВМП
5.8.	ФИО должностного лица	<input type="text"/>	
5.9.	Наименование должности	<input type="text"/>	
5.10.	Подпись должностного лица	<input type="text"/>	М. П.
<b>Комментарии:</b>			

Талон на оказание ВМП №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 6 ЭТАП- ЗАКЛЮЧЕНИЕ

<p>6.1. Результат оказания ВМП <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>1 - выздоровление, 2 - улучшение, 3 - без перемен, 4 - ухудшение, 5 - летальный исход</p>	<p>6.2. Отказано <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>1- отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП в ФГУ, МО субъекта Российской Федерации, 2- отсутствие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП 3- наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи 4- отказ пациента от ВМП 5 - летальный исход до оказания ВМП</p>
---	--

Талон на оказание ВМП №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Д. Документы (ОУЗ, МО-ОМС)

1.	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
2.	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>



Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 января 2015 г. № 29н

**Порядок заполнения  
формы статистического учета № 025/у-ВМП  
«Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи»**

1. Форма статистического учета № 025/у-ВМП «Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» (далее - Талон на оказание ВМП), содержащая сведения, необходимые для организации учета по каждому случаю оказания пациенту высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), заполняется при организации оказания ВМП с применением специализированной информационной системы<sup>1</sup> и имеет формируемый автоматически штрих-код.

2. Талон на оказание ВМП оформляется на каждого пациента на бумажном носителе и в электронном виде.

3. Все записи в Талоне на оказание ВМП осуществляются на русском языке.

4. Номер Талона на оказание ВМП формируется автоматически и имеет следующую структуру: код субъекта Российской Федерации, в котором проживает пациент (по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований (ОКАТО) - 2 знака), резервный регистр (4 знака), порядковый номер очередности пациента (на территории субъекта Российской Федерации), две последние цифры года, в котором оформлен Талон на оказание ВМП, и контрольная цифра специализированной информационной системы (один знак), выбираемая случайным образом.

5. Раздел «П. Паспортная часть талона (ОУЗ, МО-ОМС)» заполняется: органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее – ОУЗ) в случае направления пациента для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования;

медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – МО-ОМС), в случае направления пациента для оказания ВМП по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

5.1. В пункте П.1 «Наименование ОУЗ (МО-ОМС)» указывается полное наименование ОУЗ или МО-ОМС.

5.2. В пункте П.2 «ОКПО ОУЗ (МО-ОМС)» указывается код ОУЗ или МО-ОМС в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и

---

<sup>1</sup> Пункты 17 и 18 Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 930н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2014 г., регистрационный № 35499) (далее - Порядок).

организаций (ОКПО).

5.3. В пункте П.3 «ОКАТО ОУЗ» указывается код территории Российской Федерации в соответствии с Общероссийским классификатором административно-территориальных образований (ОКАТО) по месту нахождения ОУЗ.

5.4. В пункте П.4 «Почтовый индекс ОУЗ (МО-ОМС)» указывается почтовый индекс ОУЗ или МО-ОМС.

5.5. В пункте П.5 «Почтовый адрес ОУЗ (МО-ОМС)» указывается почтовый адрес ОУЗ или МО-ОМС.

5.6. В пункте П.6 «Адрес электронной почты ОУЗ (МО-ОМС)» указывается адрес электронной почты ОУЗ или МО-ОМС.

5.7. В пункте П.7 «Дата оформления талона» указывается дата оформления талона в формате – ДД/ММ/ГГ.

5.8. В пункте П.8 «Обращение пациента за ВМП» в квадрате цифрой «1» или «2» отмечается соответствующее.

5.9. В пункте П.9 «Источник оказания ВМП» в квадрате цифрой «1», «2.1» или «2.2» указывается соответствующее.

5.10. В пункте П.10 «Направление на ВМП» в квадрате цифрой «1» или «2» указывается ОУЗ или медицинская организация, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

5.11. В пунктах П.11.1 – П.11.3 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента в соответствии с документом, удостоверяющим его личность.

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт<sup>2</sup>.

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка<sup>3</sup>.

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации<sup>4</sup>.

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа,

<sup>2</sup> Указ Президента Российской Федерации от 13.03.1997 № 232 «Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 11, ст. 1301).

<sup>3</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 № 628 «О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 34, ст. 3937; 2009, № 23, ст. 2821; 2013, № 12, ст. 1347).

<sup>4</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 12.02.2003 № 91 «Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 7, ст. 654; 2006, № 49, ст. 5220).

удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца<sup>5</sup>.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства<sup>6</sup>.

5.12. В пункте П.12 «СНИЛС (при наличии)» указывается страховой номер индивидуального лицевого счета пациента в соответствии с документом, удостоверяющим его право на получение набора социальных услуг (при наличии).

5.13. В пункте П.13 «Наименование страховой медицинской организации (при наличии)» - указывается полное наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис обязательного медицинского страхования пациенту (при наличии).

5.14. В пункте П.13.1 «Номер полиса ОМС (при наличии)» указывается номер полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии).

5.15. В пунктах П.14.1 - П.14.3 указываются реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (серия и номер, кем и когда выдан документ, дата выдачи)<sup>7</sup>.

5.16. В пункте П.15 «Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) пациента» указывается адрес регистрации по месту жительства (пребывания) пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

5.17. В пункте П.16 «Контактный телефон» указывается контактный телефон пациента.

5.18. В пункте П.17 «Согласен(на) на использование персональных данных для организации ВМП (да/нет)» указывается соответствующее решение пациента словами «да/нет» на основании Заявления о согласии (несогласии) на обработку персональных данных (приложение к настоящему Порядку).

6. Раздел «С. Справочные сведения о пациенте (ОУЗ, МО-ОМС)» заполняется

<sup>5</sup> Федеральный закон от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 26, ст. 2956; 1998, № 30, ст. 3613; 2000, № 33, ст. 3348; № 46, ст. 4537; 2003, № 27, ст. 2700; 2004, № 27, ст. 2711; № 35, ст. 3607; 2006, № 31, ст. 3420; 2007, № 1, ст. 29; 2008, № 30, ст. 3616; 2011, № 1, ст. 29; № 27, ст. 3880; 2012, № 10, ст. 1166; № 47, ст. 6397; № 53, ст. 7647; 2013, № 27, ст. 3477; 2014, № 52, ст. 7557).

<sup>6</sup> Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 30, ст. 3032).

<sup>7</sup> Пункт 14.2 Порядка.

ОУЗ или МО-ОМС.

6.1. В пункте С.1 «Пол» в квадрате цифрами «1» и «2» отмечается соответствующее.

6.2. В пункте С.2 «Дата рождения» указывается дата рождения пациента в формате – ДД/ММ/ГГ.

6.3. В пункте С.3 «Местность» в квадрате цифрами «1» и «2» отмечается соответствующее.

6.4. В пункте С.4 «Код категории льготы» указывается в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг<sup>8</sup>:

«0» - не имеет льгот;

«1» - инвалиды войны;

«2» - участники Великой Отечественной войны;

«3» - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах»<sup>9</sup>;

«4» - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно – учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

«5» - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

«6» - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

«7» - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

«8» - инвалиды;

«9» - дети-инвалиды.

6.5. В пункте С.5 «Занятость» указывается в квадрате цифрами:

«1» – дошкольник; «1.1» – ребенок-сирота; «1.2» – ребенок, оставшийся без попечения родителей; «2» – школьник; «2.1» – ребенок-сирота; «2.2» – ребенок, оставшийся без попечения родителей; «3» – студент (аспирант); «3.1» – ребенок-сирота; «3.2» – ребенок, оставшийся без попечения родителей; «4» – работающий; «5» – неработающий; «6» – пенсионер.

7. Раздел «1 Этап (ОУЗ, МО-ОМС)» заполняется ОУЗ или МО-ОМС.

<sup>8</sup> Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 35, ст. 3607).

<sup>9</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 3, ст. 168; 2002, № 48, ст. 4743; 2004, № 27, ст.2711.

7.1. В пункте 1.1 «Код принятого решения (ОУЗ)» в квадрате цифрами «1», «2» или «3» отмечается соответствующее решение.

7.2. В пункте 1.2 «Дата принятия решения (ОУЗ)» указывается дата принятия решения в формате - ДД/ММ/ГГ.

7.3. В пункте 1.3 «Код диагноза по МКБ-10 (ОУЗ)» указывается код диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10) на основании представленной медицинской документации пациента.

7.4. В пункте 1.4 «Наименование вида ВМП (ОУЗ)» указывается вид ВМП в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – перечень видов ВМП)<sup>10</sup>.

7.5. В пункте 1.5 «Наименование МО-ВМП» указывается полное наименование медицинской организации, включенной в перечень медицинских организаций, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации<sup>11</sup> (далее - ФГУ), либо включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации<sup>12</sup> (далее – МО субъекта Российской Федерации), либо МО-ОМС (в соответствии с учредительными документами соответствующей медицинской организации), в которую направляются сведения о пациенте.

7.6. В пункте 1.6.1 «Дата направления документов в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации (ОУЗ)» указывается дата направления в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации документов пациента в формате - ДД/ММ/ГГ (заполняется ОУЗ).

7.7. В пункте 1.6.2 «Дата получения документов (МО-ОМС)» указывается дата получения документов пациента в формате - ДД/ММ/ГГ (заполняется МО-ОМС).

7.8. В пунктах 1.7 - 1.10 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, номер служебного телефона, адрес электронной почты и ставится подпись должностного лица, ответственного за направление пациентов для оказания ВМП.

7.9. Поле «Комментарии» предназначено для особых отметок.

8. Раздел «2 ЭТАП (МО-ВМП)» заполняется ФГУ, МО субъекта Российской Федерации или МО-ОМС, в которую поступили медицинские документы пациента для оказания ВМП.

8.1. В пункте 2.1 «Дата получения документов» указывается дата получения (оформления) Талона на оказание ВМП и медицинской документации,

<sup>10</sup> Часть 5 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165).

<sup>11</sup> Часть 6 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

<sup>12</sup> Часть 7 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

необходимой для принятия решения о госпитализации пациента с целью оказания ВМП, в формате - ДД/ММ/ГГ.

8.2. В пункте 2.2 «Дата оформления документов МО-ВМП» указывается дата заполнения Талона на оказание ВМП и оформления медицинской документации, необходимой для принятия решения о госпитализации пациента с целью оказания ВМП, в формате - ДД/ММ/ГГ.

8.3. В пункте 2.3 «Код принятого решения» в квадрате цифрами «1», «2», «3» и «4» отмечается соответствующее решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент, по отбору больных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Комиссия МО-ВМП):

в случае принятия решения о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в МО-ВМП ставится «1»;

в случае принятия решения об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в МО-ВМП ставится «2»;

в случае принятия решения о необходимости проведения дополнительного обследования ставится «3», при этом обоснование требуемых видов обследований и разъяснения по оформлению медицинской документации отражаются в поле «Комментарии»;

в случае принятия решения о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи ставится «4».

8.4. В пункте 2.4 «Дата принятия решения» указывается дата принятия решения Комиссией МО-ВМП в формате – ДД/ММ/ГГ.

8.5. В пункте 2.5 «Наименование вида ВМП» указывается вид ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП.

8.6. В пункте 2.6 «Дата планируемой госпитализации» указывается дата планируемой госпитализации в формате – ДД/ММ/ГГ.

8.7. В пункте 2.7 «Дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП» указывается дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП в формате ДД/ММ/ГГ.

8.8. В пункте 2.8 «Способ уведомления» в квадрате цифрами «1», «2» или «3» указывается соответствующее.

8.9. В пунктах 2.9 - 2.12 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, номер служебного телефона, адрес электронной почты и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию госпитализации в МО-ВМП.

8.10. Поле «Комментарии» предназначено для особых отметок.

9. Раздел «3 ЭТАП (ОУЗ)» заполняется ОУЗ в случае направления пациента в ФГУ для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

9.1. Пункты 3.1 «Талоны на проезд предоставляются» и 3.2 «Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан» заполняются в случае, если пациент относится к категории граждан, имеющих право на бесплатный проезд к месту лечения и обратно:

в пункте 3.1 «Талоны на проезд предоставляются» цифрами «1» или «2»

отмечается соответствующее;

в пункте 3.2 «Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан» указывается дата выдачи талона на проезд в формате - ДД/ММ/ГГ.

9.2. Пункты 3.3 «Нуждается в сопровождении» и 3.4 «ФИО сопровождающего лица» заполняются в случае, если пациент нуждается в сопровождении:

в пункте 3.3 «Нуждается в сопровождении» в квадрате цифрами «1» или «2» указывается соответствующее;

в пункте 3.4 «ФИО сопровождающего лица» указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) сопровождающего лица.

9.3. В пункте 3.5 «Дата планируемой госпитализации» указывается согласованная ОУЗ с ФГУ дата планируемой госпитализации в ФГУ в формате - ДД/ММ/ГГ.

9.4. В пунктах 3.6-3.8 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица ОУЗ, отвечающего за направление пациентов на оказание ВМП.

9.5. Поле «Комментарии» предназначено для особых отметок.

10. Раздел «4 ЭТАП (МО-ВМП)» заполняется ФГУ, МО субъекта Российской Федерации или МО-ОМС, в которую поступил пациент для оказания ВМП.

10.1. В пункте 4.1 «Дата обращения пациента в МО-ВМП» указывается дата обращения пациента в МО-ВМП с целью госпитализации для оказания ВМП в формате - ДД/ММ/ГГ.

10.2. В пункте 4.2 «Код принятого решения» в квадрате цифрами «1», «2» отмечается соответствующее, при этом в случае необходимости изменить дату госпитализации пациента для оказания ВМП одновременно изменяется дата госпитализации в пункте 2.6 раздела «2 ЭТАП (МО-ВМП)».

10.3. В пунктах 4.3-4.5 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию госпитализации пациентов в МО-ВМП.

10.4. Поле «Комментарии» предназначено для особых отметок.

11. Раздел «5 ЭТАП (МО-ВМП)» заполняется ФГУ, МО субъекта Российской Федерации или МО-ОМС.

11.1. В пункте 5.1 «Дата выписки пациента из МО-ВМП» указывается дата в формате - ДД/ММ/ГГ.

11.2. В пункте 5.2 «Результат направления на ВМП» в квадрате цифрами «1», «2» или «3» отмечается соответствующее.

11.3. В пункте 5.3 «Код диагноза при выписке (по МКБ-10)» указывается код диагноза основного заболевания в соответствии с МКБ-10.

11.4. В пункте 5.4 «Наименование вида оказанной ВМП» указываются вид ВМП и метод лечения в соответствии с перечнем видов ВМП.

11.5. В пункте 5.5 «Дата проведения оперативного вмешательства» указывается дата проведения оперативного вмешательства в формате - ДД/ММ/ГГ.

11.6. В пункте 5.6 «Результат оказания ВМП» в квадрате цифрами «1», «2», «3», «4» или «5» указывается соответствующее.

11.7. В пункте 5.7 «Рекомендовано» в квадрате цифрами «1» или «2» указывается соответствующее.

11.8. В пунктах 5.8 - 5.10 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию госпитализации пациентов в МО-ВМП.

11.9. Поле «Комментарии» предназначено для особых отметок Комиссии МО-ВМП.

12. Раздел «6 ЭТАП-ЗАКЛЮЧЕНИЕ» заполняется автоматически.

13. Раздел «Д. Документы (ОУЗ, МО-ОМС)» заполняется ОУЗ или МО-ОМС и включает в себя документы в соответствии с пунктами 17 и 18 Порядка.



Приложение  
к Порядку заполнения формы  
статистического учета № 025/у-ВМП  
«Талон на оказание  
высокотехнологичной  
медицинской помощи»,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 января 2015 г. № 29н

В \_\_\_\_\_  
(наименование органа исполнительной власти  
\_\_\_\_\_ субъекта Российской Федерации  
\_\_\_\_\_ в сфере здравоохранения, медицинской организации\*)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения,  
медицинской организации)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. Пол \_\_\_\_\_  
(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия,  
\_\_\_\_\_ кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

\* Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

8. Сведения о законном представителе

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

\_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты 8-11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_

зарегистрированы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (№ Талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. специалиста)

\_\_\_\_\_ (дата приема заявления)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (№ Талона на оказание ВМП)

Принял

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. специалиста)

\_\_\_\_\_ (дата приема заявления)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)