Приложение № 6

УТВЕРЖДЕНА

Распоряжением

министерства здравоохранения

Кировской области

От 16.12.2020 № 837

**Форма Листа ожидания пациентами процедуры переноса криоконсервированного эмбриона**

**в за счет средств обязательного медицинского страхования**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/п № | Код пациента | Дата обращения за направлением на процедуру криопереноса | МО, в которую направляется пациент для проведения процедуры ВРТ | Дата выдачи направления на процедуру криопереноса | Дата выполнения процедуры криопереноса |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |