**ПАСПОРТ БАЗЫ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Полное наименование ЛПУ / сокращенное наименование ЛПУ:** | |  | | |
| **Адрес ЛПУ:** | |  | | |
| **Телефон / факс:** | |  | | |
| **Е-mail:** | |  | | |
| **Адрес сайта:** | |  | | |
| **Ф.И.О. главного врача / телефон** | |  | | |
| **Ф.И.О. заместителя главного врача по лечебной (медицинской) части / телефон** | |  | | |
| **Ф.И.О. главной медицинской сестры / телефон** | |  | | |
| **Краткая характеристика** | | | | |
| **Мощность ЛПУ (общее количество коек)** | |  | | |
| **Современное оборудование и оснащение ЛПУ** | |  | | |
| **Профильность ЛПУ**  **(отделения и количество коек):** | | | Ф.И.О непосредственного руководителя практики | |
| заведующий отделением/  заведующий поликлиникой | старшая медицинская сестра/  старший фельдшер/  старшая акушерка |
|  | Хирургическое отделение | |  |  |
|  | Терапевтическое отделение | |  |  |
|  | Реанимационное отделение | |  |  |
|  | Отделение СМП | |  |  |
|  | Детское отделение | |  |  |
|  | Гинекологическое отделение | |  |  |
|  | Акушерское отделение | |  |  |
|  | Женская консультация | |  |  |
|  | Поликлиника (поликлиническое отделение ЛПУ) | |  |  |
|  |  | |  |  |

**М.П.(ЛПУ)** Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

Подпись общего руководителя практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)