**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)