

# Наша больница



Учитель СБО: Щёлокова Вера Павловна

## Задачи урока:

- Провести познавательную экскурсию по медицинским учреждениям и познакомить с основными функциями врачей-специалистов

**Любая больница начинается с регистратуры, где больные получают талоны на приём ко врачу и берут свою медицинскую карту.**



**С помощью такого аппарата скоро все пациенты будут записываться на приём ко врачу.**



# Ещё в холле больницы имеется расписание приёма врачей-специалистов

|     | Ф.И.О. врача     | Специальность  | дни и время приёма                     |  |  |  |  |    |
|-----|------------------|----------------|--|--|--|--|--|----|
|     |                  |                | ПН                                     | ВТ                                     | СР                                     | ЧТ                                     | ПТ                                     | СБ |
| 18  | Макарикова А. П. | Окулист        | НЕ ПРИНИМАЕТ                           |  |  |  |  |    |
| 312 | Михайлова К. В.  | Дерматолог     | 13 <sup>00</sup> -<br>17 <sup>00</sup> | 13 <sup>00</sup> -<br>17 <sup>00</sup> | 13 <sup>00</sup> -<br>17 <sup>00</sup> | 13 <sup>00</sup> -<br>17 <sup>00</sup> | 13 <sup>00</sup> -<br>17 <sup>00</sup> |    |
| 328 | Бельтиков А. А.  | Травматолог    | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      |    |
| 309 | Степанов Ю. В.   | Лор            | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> |  |    |
| 309 | Самойлова Т. М.  | Лор            | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      |    |
| 419 | Никитина И. И.   | Невропатолог   | НЕ ПРИНИМАЕТ                           |  |  |  |  |    |
| 404 | Мартынов А. И.   | Невропатолог   | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 14 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 14 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      |    |
| 218 | Букреева Е. В.   | Окулист        | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      |    |
| 310 | Ащеулова А. И.   | Окулист        | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      |    |
| 313 | Калинина О.      | Дерматолог     | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      |    |
| 315 | Добарина Н. А.   | Дерматолог     | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      |    |
| 312 |                  | Дерматолог     |  |  |  |  |  |    |
| 301 | Кутин А. В.      | Зав. хир. отд. | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 13 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> | 13 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      |    |
| 301 | Варелджан А. Р.  | Хирург         | 14 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 14 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> |    |
| 328 |                  | Травматолог    |  |  |  |  |  |    |
| 304 |                  | Онколог        |  |  |  |  |  |    |
| 419 | Костяница В. А.  | Невропатолог   | 14 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> |  |  |  | 14 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> |    |
| 322 | Верещагина Н. Д. | Эндокринолог   | 12 <sup>00</sup> -<br>18 <sup>00</sup> | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | Д                                      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      |    |
| 304 | Абаджан М. М.    | Онколог        | НЕ ПРИНИМАЕТ                           |  |  |  |  |    |
| 325 | Алексеев А. Н.   | Уролог         | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> | 14 <sup>00</sup> -<br>16 <sup>00</sup> |    |
| 325 | Смирнов Н. Д.    | Уролог         | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>      |    |
| 110 | Бессонова Л. И.  | Инфекционист   | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 12 <sup>00</sup> -<br>19 <sup>00</sup> | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      | 8 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>      |    |
| 214 | Варварова Н. П.  | Инфекционист   | 11 <sup>00</sup> -<br>14 <sup>00</sup> | 11 <sup>00</sup> -<br>14 <sup>00</sup> | 11 <sup>00</sup> -<br>14 <sup>00</sup> | 11 <sup>00</sup> -<br>14 <sup>00</sup> | 11 <sup>00</sup> -<br>14 <sup>00</sup> |    |
| 303 |                  |                |  |  |  |  |  |    |
| 301 |                  | Хирург         |  |  |  |  |  |    |



# ПОЛИС обязательного медицинского страхования

КР  
101

1

Чернодубровский

фамилия

Александр

имя

Владимирович

отчество (при наличии)

28.02.1964 г., М

дата рождения, год



2

3



3



00000000000000000000

4

подпись застрахованного лица

5

28.02.2012 г.

срок действия\*

\* Не указывается для застрахованных лиц, постоянно проживающих в Российской Федерации.

Первое, что должен предъявить больной в регистратуре – полис обязательного медицинского страхования, паспорт и страховое свидетельство

## Российская Федерация СТРАХОВОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПЕНСИОННОГО СТРАХОВАНИЯ

Ф.И.О.

Дата и место рождения

Пол

Дата регистрации



# ПОЛИС обязательного медицинского страхования

фамилия

имя

отчество (при наличии)

дата рождения, год



00000000000000000000



подпись застрахованного лица

срок действия\*

\* Не указывается для застрахованных лиц, постоянно проживающих в Российской Федерации

1. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
2. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
3. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
4. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
5. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
6. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
7. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
8. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
9. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись
10. «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской организации (филитала)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филитала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филитала) / \_\_\_\_\_ / М.П.  
подпись

00 00 0000170

**Это процедурный кабинет, где медицинская сестра делает больным уколы, прививки, берёт на анализы кровь.**





# **А вот так выглядит процедурный кабинет в стационарном отделении**



**Все пациенты сидят у кабинета того врача, на приём к которому они записались.**



**А теперь пройдёмся по кабинетам  
врачей-специалистов.**



**Первый врач, к которому попадает больной –  
*врач-терапевт*, который измеряет давление,  
температуру, определяет заболевание.**



**Кабинет физиолечения, где врачи проводят ряд процедур , назначенных врачом-специалистом.**



# На одной из процедур в физиокабинете



**Такие физиокабинеты находятся в стационарном отделении.**



# На приёме у стоматолога





# Так выглядит стоматологический кабинет



**Тихо! Идёт операция!**  
**Здесь работают врачи-хирурги.**



**А это врач-травматолог, который лечит переломы, ушибы, вывихи.**



***Окулист, который внимательно следит за вашим зрением, вовремя предупреждает об опасности.***



**Кабинет УЗИ (ультразвукового излучения), где врачи-специалисты с помощью специальных аппаратов обследуют внутренние органы человека.**



# А это врачи-реаниматоры и кардиологи



*Отоларинголог* –  
это врач, который занимается лечением  
болезней уха, носа, горла (глотки,  
гортани, трахеи)



***Врачи-рентгенологи, которые с помощью специальной аппаратуры проводят рентген ваших внутренних органов.***





**С помощью этого аппарата также  
выполняется ряд определённых  
обследований больного**



# Так выглядят коридоры стационарного отделения



# Так выглядят палаты в стационарных отделениях.



# Пост медицинских сестёр в стационарном отделении.



**Все назначения врача, все выполняемые процедуры медицинские сёстры заносят в специальный журнал**



**Любая медицинская сестра может  
квалифицированно поставить капельницу,  
сделать укол и оказать первую медицинскую  
помощь.**



Так выглядит  
больничный  
лист, который  
выдаётся  
больному на  
время его  
бюллетеня.

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

первичный  продолжение листа нетрудоспособности № \_\_\_\_\_  
 дубликат

001 234 567 891

---

Систематическая медицинская организация: \_\_\_\_\_  
 Адрес медицинской организации: \_\_\_\_\_  
 Дата выдачи: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ф. И. О. \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Причина нетрудоспособности: \_\_\_\_\_  
 (код МКБ) код МКБ код МКБ

Дата рождения: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

История болезни: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Основное  По совместительству  № \_\_\_\_\_  
 Место работы (наименование организации): \_\_\_\_\_  
 Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Дата 1: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Дата 2: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ № листа: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да  нет

Отметки о нарушении режима: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Находился в стационаре: с \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ по \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Дата направления в бюро МСЭ: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Освидетельствован в бюро МСЭ: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

**ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ**

| С какого числа | По какое число | Должность врача | Фамилия и инициалы врача или квалифицированный стаж | Подпись врача |
|----------------|----------------|-----------------|---|---------------|
| ____-____-____ | ____-____-____ | _____           | _____   | _____         |
| ____-____-____ | ____-____-____ | _____           | _____   | _____         |
| ____-____-____ | ____-____-____ | _____           | _____   | _____         |

**ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ** с \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Иное: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

---

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

первичный  продолжение листа нетрудоспособности № \_\_\_\_\_  
 дубликат

001 234 567 891

Ф. И. О. \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

История болезни: \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Основное  По совместительству  № \_\_\_\_\_  
 Место работы (наименование организации): \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Подпись получателя: \_\_\_\_\_

# Как называется специальность врача?





# Как называется специальность врача и что входит в его обязанности?



# Как называется кабинет и каково его назначение?



**Что это за кабинет?  
Для чего предназначена данная  
аппаратура?**

