Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Медицинская документация |
| (наименование медицинского учреждения) |  Форма № 057/у-04 |  |  |
|  |  |
|  | утверждена приказом Минздравсоцразвития России |
|  | от 22 ноября 2004 года № 255 |
| (адрес) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на госпитализацию, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

|  |
| --- |
|  |
| (наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер страхового  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

полиса ОМС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Код льготы |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 3. Фамилия, имя, отчество |  |
|  | 4. Дата рождения |  |  |
|  | 5. Адрес постоянного места жительства |  |
|  | 6. Место работы, должность |  |
| 7. Код диагноза по МКБ |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Обоснование направления |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должность медицинского работника, направившего больного |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ф. И. О. |  | подпись |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением |  |  |  |
|  | Ф. И. О. |  | подпись |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  |  |  |  г. |

 М. П.