

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Медицинская документация
Форма N 057/у-04 _____

(наименование медицинского учреждения)

утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. N 255

(адрес)

Код ОГРН:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию, восстановительное лечение, 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

МП