

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

ГБУЗ МО Поликлиника № 000

(наименование медицинского учреждения)

000000, Московская обл., Город, ул. Улица, д. 00

ШТАМПОРГАНИЗАЦИИ

(адрес)

Приложение 5
к Приказу Минздравсоцразвития РФ
от 22.11.2004 № 255

Медицинская документация
Форма № 057/у-04 _____
утверждена Приказом Минздравсоцразвития
России
от 22.11.2004 № 255

Код ОГРН

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию, восстановительное лечение, **обследование**, консультацию
(можно подчеркнуть)

ООО "ЮНИМ"

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового полиса ОМС

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4

2. Код льготы

3. Фамилия, имя, отчество **Фамилия Имя Отчество**

4. Дата рождения **01.01.1900**

5. Адрес постоянного места жительства **Московская область, Город, ул. Улица, д. 00**

6. Место работы, должность

7. Код диагноза по МКБ

К 6 4 . 0

8. Обоснование направления **Диагноз без сокращений.**

Гистологическое и иммуногистохимическое исследование

Должность медицинского работника, направившего больного **врач-.....**

Фамилия Имя Отчество

(Ф.И.О.)

**ПЕЧАТЬ
ВРАЧА**

Подпись

(подпись)

Заведующий отделением

Фамилия И.О.

(Ф.И.О.)

Подпись

(подпись)

« **31** » **декабря 2017** г.

М.П.

**ПЕЧАТЬ
ОРГАНИЗАЦИИ**