Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

_____
(наименование медицинского учреждения)

_____
_____
_____
(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | |

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

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 _____

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

“ ____ ” _____ _____ г.

М.П.