Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

_____
(наименование медицинского учреждения)
_____
_____
_____
(адрес)

Медицинская документация
Форма N 057/у-04_____
утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. N 255

_____
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

"____"_____г.

МП

Приложение 5
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 22.11.2004 N 255

Министерство здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации

_____
(наименование медицинского
учреждения)

_____
_____
_____
(адрес)

Медицинская документация
Форма N 057/у-04 _____

утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от _____ N _____

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.

МП