Приложение N 5
к Приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 22.11.2004 г. N 255

Министерство здравоохранения
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

МП

«____» _____ 201__ г.