Подготовлено с использованием системы ГАРАНТ

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

_____
(наименование медицинского учреждения)

_____

_____
(адрес)

Медицинская документация
Форма № 057/у-04 _____
утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 22 ноября 2004 года № 255

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.

М. П.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

_____
(наименование медицинского учреждения)

_____

_____
(адрес)

Медицинская документация
Форма № 057/у-04 _____
утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 22 ноября 2004 года № 255

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.

М. П.