|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развитияРоссийской Федерации |  | Приложение 5к Приказу Минздравсоцразвития РФот 22.11.2004 № 255 |
|  |
| (наименование медицинского учреждения) |  |  |
|  |  | Медицинская документация |
|  |  | Форма № 057/у-04 |  |  |
|  |  | утверждена Приказом Минздравсоцразвития Россииот 22.11.2004 № 255 |
| (адрес) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |
| “ |  | ” |  |  |  |  г. |

М.П.