

Министерство здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации

(наименование медицинского
учреждения здравоохранения города Москвы
Городская клиническая больница № 00

(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

0000	0000	0000	0000
------	------	------	------

2. Код льготы

--	--	--

3. Фамилия, имя, отчество _____

4. Дата рождения

00.00.0000

5. Адрес постоянного места жительства _____

6. Место работы, должность _____

7. Код диагноза по МКБ

--	--	--	--	--	--

8. Обоснование направления

(обоснование)

Должность медицинского работника, направившего больного

Ф.И.О. _____

подпись _____

Заведующий отделением

Ф.И.О. _____

подпись _____

" " _____ г.

МП

Министерство здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации

(наименование медицинского
учреждения здравоохранения города Москвы
Городская клиническая больница № 00

(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

0000	0000	0000	0000
------	------	------	------

2. Код льготы

--	--	--

3. Фамилия, имя, отчество _____

4. Дата рождения

00.00.0000

5. Адрес постоянного места жительства _____

6. Место работы, должность _____

7. Код диагноза по МКБ

--	--	--	--	--	--

8. Обоснование направления

(лечение, диагностика, уточнение диагноза - обоснование)

Должность медицинского работника, направившего больного

Ф.И.О. _____

подпись _____

Заведующий отделением

Ф.И.О. _____

подпись _____

" " _____ г.

МП