

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