

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

Код ОГРН

Медицинская документация  
Форма № 057/у-04 \_\_\_\_\_  
утверждена Приказом Минздравсоцразвития России  
от 22.11.2004 № 255

**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.