

ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ ОТ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Образец заполнения

Министерство здравоохранения и
социального
развития Российской Федерации

Медицинская документация Форма № 057/у-04
Утверждена приказом Минздравсоцразвития
России от 22 ноября 2004г. № 255

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН _____

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

МУЗ ОЗЕРСКАЯ ЦРБ

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового полиса ОМС **46-15 832991** Росно
2. Код льготы _____
3. Фамилия, имя, отчество **Иванов Иван Иванович**
4. Дата рождения **02.01.1955**
5. Адрес постоянного места жительства **Моск. обл., г.Озеры, ул.Лесная, д.11**
6. Место работы, должность **слесарь**
7. Код диагноза по МКБ **M42.1**
8. Обоснование направления **Остеохондроз шейного отдела позвоночника**

Должность медицинского работника, направившего больного _____

Ф.И.О.

подпись

Заведующий отделением _____

Ф.И.О.

подпись

«___» _____ Г.

М.п.