Приложение 5

к приказу Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 22 ноября 2004 года N 255

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации |  |  |
|  |  | Медицинская документация  |
| (наименование медицинского учреждения) |  | Форма N 057/у-04  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | утверждена приказом  |
|  |  | Минздравсоцразвития России  |
| (адрес) |  | от  |  | N |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ф.И.О. |  | подпись  |  |
|  |
| Заведующий отделением  |  |  |  |  |
|  | Ф.И.О. |  | подпись |  |
|  |
| " |  | " |  |  |  | г. |

М.П.