Приложение N 5
к Приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 22.11.2004 г. N 255

Министерство здравоохранения Российской Федерации _____ (наименование медицинского учреждения) _____ _____ _____ (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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

МП

«____» _____ 201__ г.