Образец заполнения формы направления 057/у-04

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

прямоугольный штамп направившей организации

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: Код ОГРН организации

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России
(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1.Номер страхового полиса ОМС: Номер полиса ОМС пациента

2. Код льготы:

3. Фамилия, имя, отчество Фамилия Имя Отчество пациента (полностью)

4. Дата рождения Дата рождения пациента

5. Адрес постоянного места жительства Адрес пациента

6. Место работы, должность _____

7. Код диагноза по МКБ Код основного диагноза (G20)

8. Обоснование направления _____

Должность медицинского работника, направившего больного: врач-невролог

ФИО врача / подпись врача
Ф.И.О. подпись

печать врача

Треугольная или круглая печать организации

Заведующий отделением: ФИО заведующего / глав. врача / подпись заведующего / глав. врача
Ф.И.О. подпись

МП

дата выдачи направления

« » 201 г.