Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

____
(наименование медицинского учреждения)
____
____

Медицинская документация
Форма N 057/у-04
утверждена приказом
Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. N 255

____
(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Направление
на госпитализацию, 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.

МП