Министерство здравоохранения
Российской Федерации

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Приложение 5
к Приказу Минздравсоцразвития РФ
от 22.11.2004 № 255

Медицинская документация
Форма № 057/у-04 _____
утверждена Приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 № 255

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

**ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП (о)»**
(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 _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

“ ____ ” _____ _____ г.

М.П.