

Министерство здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации

(наименование медицинского учреждения)

Медицинская документация

Форма N 057/у-04

утверждена приказом  
Минздравсоцразвития России  
от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

(адрес)

Код ОГРН

1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7

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

**ООО «ПримаМед+»**

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового

полиса ОМС

1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4 5 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 0

2. Код льготы

3. Фамилия, имя, отчество

**ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО**

4. Дата рождения

**01.01.1980 год**

5. Адрес постоянного места жительства

Приморский край, г. Владивосток, ул. Улица, д.№00

6. Место работы, должность

7. Код диагноза по МКБ

**К 0 0 . 1**

8. Обоснование направления

**ДИАГНОЗ БЕЗ СОКРАЩЕНИЙ**

Должность медицинского работника, направившего больного

**Фамилия Имя Отчество**

Ф.И.О.

**Подпись**

подпись

**ВРАЧ - .....**



Заведующий отделением

**Фамилия Имя Отчество**

Ф.И.О.

**Подпись**

подпись

" 01 " января

2022 г.

М.П.

