Министерство здравоохранения Медицинская документация и социального развития Форма N 057/у-04 ____ Российской Федерации утверждена Приказом (наименование медицинского Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. N 255 учреждения) (адрес) Код ОГРН НАПРАВЛЕНИЕ на (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. подпись

МΠ

Ф.И.О.

Заведующий отделением __

"__" ____ r.