
(наименование медицинского
учреждения)

утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. N 255

(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

Ф.И.О. _____ подпись _____

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

"__" _____ г.

МП