Приложение № 2

(наименование медицинского учреждения)

Медицинская документация
Форма №
057/у-04

(адрес)

Печать организации

НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, восстановительное лечение, 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:_____*нуждается в проведении медицинской реабилитации в* _____

Должность медицинского работника, направившего больного

(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением

(подпись) (Ф.И.О.)

“ ___ ” _____ _____ г.

М.П.