

_____ (наименование медицинского учреждения)

Медицинская документация
Форма №
057/у-04 _____

_____ (адрес)

Печать организации

НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)
ФГБУ СКФНКЦ ФМБА России
(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 медицинской реабилитации по состоянию здоровья. Оценка состояния здоровья по ШРМ – 3 балла

Должность медицинского работника, направившего больного

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Заведующий
отделением

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

“ ___ ” _____ Г.
М.П.