Приложение № 2

(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: не может передвигаться без посторонней помощи, нуждается в помощи при выполнении повседневных задач, в обычной жизни нуждается в ухаживающем. Оценка состояния здоровья по ШРМ – 4 балла
Должность медицинского работника, направившего больного

(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением

(подпись) (Ф.И.О.)

“ ” г.

М.П.

ОБРАЗЕЦ