

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)
ОГРН вашей медицинкой организации!!!!

Медицинская
документация Учетная
форма № 057/у

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № (обязательно к
заполнению, поставить № направления или написать б/н, если в вашей поликлинике не нумеруются направления)

Дата заполнения направления (обязательно к заполнению): число _____ месяц _____ год _____

ООО АВА ПЕТЕР

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: (обязательно к заполнению)

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования (обязательно к заполнению): число _____

месяц _____ год _____

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определен-
ной застрахованному лицу (обязательно к заполнению) _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента (обязательно к заполнению) _____

Дата рождения: « ____ » _____ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2 (обязательно к заполнению)

Регистрация по месту жительства (адрес по прописке, должен совпадать с пропиской в паспорте): субъект
Российской Федерации _____ район _____

населенный пункт _____ улица _____

дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания (адрес пребывания, по которому вы прикреплены к поликлинике по полису ОМС, если
не совпадает с пропиской, то обязательно временная регистрация): субъект Российской Федерации _____

населенный пункт _____ улица _____

дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность (обязательно к заполнению): городская — 1, сельская — 2

Занятость (обязательно к заполнению): работает — 1, проходит военную службу или приравненную к ней
службу — 2, пенсионер — 3, обучающийся — 4, не работает — 5, прочие — 6

Код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со
здоровьем (указан в информационном письме) _____

Направляется для оказания медицинской помощи (обязательно к заполнению): , форма: экстренная — 1,
неотложная — 2, **плановая — 3**; вид (обязательно к заполнению): первичная медико-санитарная
помощь, в том числе специализированная — 1, **специализированная, в том числе
высокотехнологичная медицинская помощь — 2**, паллиативная медицинская помощь _____

— 3; скорая специализированная медицинская помощь — 4; условия(обязательно к заполнению):
амбулаторно — 1; в дневном стационаре — 2; **стационарно — 3.**

Обоснование (показания) направления с указанием числа назначаемых курсов (циклов) лечения

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента _____

_____ (подпись) Фамилия, имя, отчество (при наличии) (обязательно к

заполнению)

М. П. (при наличии) **печать клиники!!!!!!**