

\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения)

\_\_\_\_\_

(адрес)

Код ОГРН

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**направление на госпитализацию, обследование, консультацию**  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

\_\_\_\_\_

(услуги)

1. Номер страхового полиса ОМС

Полис ОМС:

Паспорт гражданина РФ (России):

\_\_\_\_\_

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

Лечащий врач

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

Заведующий отделением

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

\_\_\_\_\_ 202\_\_