

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)

Медицинская документация  
Учетная форма № 057/у

## НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № \_\_\_\_\_

Дата заполнения направления: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_  
дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_  
данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определен-  
ной застрахованному лицу \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Местность: городская — 1, сельская — 2

Занятость: работает — 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу — 2, пен-  
сионер — 3, обучающийся — 4, не работает — 5, прочие — 6

Код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных  
со здоровьем \_\_\_\_\_

Направляется для оказания медицинской помощи: \_\_\_\_\_,  
форма: экстренная — 1, неотложная — 2, плановая — 3;  
вид: первичная медико-санитарная помощь, в том числе специализированная — 1, специализиро-  
ванная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь — 2, паллиативная медицинская  
помощь — 3; скорая специализированная медицинская помощь — 4;  
условия: амбулаторно — 1; в дневном стационаре — 2; стационарно — 3.  
Обоснование (показания) направления с указанием числа назначаемых курсов (циклов) лечения  
\_\_\_\_\_

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента \_\_\_\_\_

М. П. (при наличии)

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)