_____
(наименование медицинского учреждения)

_____
(адрес)

Медицинская документация
Приложение №5
к приказу от 22.11.2004 г. N 255
Форма N 057/у-04

Штамп организации

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | |

НАПРАВЛЕНИЕ №
на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)
<u>в ФГБУ СКССРЦ МЧС России</u>
(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: отсутствие эффекта от проводимого лечения.
Нуждается в медицинской реабилитации в условиях (круглосуточного/дневного) стационара по состоянию здоровья. (ШРМ - 3 балла)

Должность медицинского работника, направившего больного

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

"____"_____ 202_г.

М.П.