

# Образец заполнения

Наименование и адрес медицинской организации в пределах места нахождения

(фамилии, 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

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.09.2025 № 519н

**ШТАМП ОРГАНИЗАЦИИ**

## НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № 000

Дата заполнения направления: число чч месяц мм год гггг

**ФГБНУ РЦНН (125367, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 80)**

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: номер полиса ОМС

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования число чч месяц мм год гггг

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу

**Наименование страховой медицинской организации**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента Фамилия Имя Отчество (последнее - при наличии)

Дата рождения: чч месяц гггг г. Пол: муж - 1. жен - 2 **нужное подчеркнуть**

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации Область район Район

населенный пункт Населенный пункт (город, село и т. д.) улица ул. дом д. строение/корпус стр./к. квартира кв.

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации Область район Район

населенный пункт Населенный пункт (город, село и т. д.) улица ул. дом д. строение/корпус стр./к. квартира кв.

Местность городская - 1, сельская - 2 **нужное подчеркнуть**

Занятость: работает - 1. проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2. пенсионер 3. обучающийся - 4. не работает - 5.

прочие - 6 **нужное подчеркнуть**

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

**код диагноза в соответствии с МКБ**

Направляется для оказания медицинской помощи: цель направления (консультация, обследование, госпитализация)

форма: экстренная 1, неотложная 2. плановая - 3: **нужное подчеркнуть**

вид: первичная медико-санитарная помощь, в том числе специализированная - 1, специализированная, в том числе высокотехнологическая

медицинская помощь 2, паллиативная медицинская помощь - 3, скорая специализированная медицинская помощь - 4;

условия: амбулаторно - 1; в дневном стационаре - 2; стационарно - 3. **нужное подчеркнуть**

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

**причина направления**

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента врач (специализация)

**подпись врача**

(подпись)

Фамилия Имя Отчество (последнее - при наличии) врача

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П. (при наличии)

