|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации |  |  |
| \_\_\_\_МУЗ РУЗСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА\_\_\_\_\_(наименование медицинского учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_штамп\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес) |  | Медицинская документация Форма № 057/у-04 |
|  |  |  |  |  |  |
|  | утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004г. № 255 |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на госпитализацию, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_ООО «Лечебно-профилактическое учреждение «Санаторий Дорохово»\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер страхового | 4 | 6 | - | 1 | 5 |  | 8 | 3 | 2 | 9 | 9 | 1 |  | Р | О | С | Н | О |  |  |  |  |  |  |
|  полиса ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2. Код льготы |  |  |  |

|  |
| --- |
| 3. Фамилия, имя, отчество ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Дата рождения \_\_02.01.1955Г..\_\_\_\_ |
| 5. Адрес постоянного места жительства МО, РУЗСКИЙ РАЙОН, Г. РУЗА, УЛ. ШКОЛЬНАЯ, Д.3 |
| 6. Место работы, должность СЛЕСАРЬ-САНТЕХНИК, Подольский ДСК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. Код диагноза по МКБ  | М | 4 | 2 | . | 1 |  |  |
| Расшифровка диагноза ОСТЕОХОНДРОЗ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*8.*Инструментальные и лабораторные исследования (вписать данные) *\_\_25.01.2011 г. ОАК ; Нв 143; М 7,4 СОЭ-16, сахар – 4,5, ОАМ – удв. Все – 1020, б\о\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Должность медицинского работника, направившего больного \_\_\_ВРАЧ\_\_\_\_\_\_

 СИДОРОВА Т.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись

|  |  |
| --- | --- |
| Заведующий отделением \_ПЕТРОВА Н.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. подпись «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. МП |  |