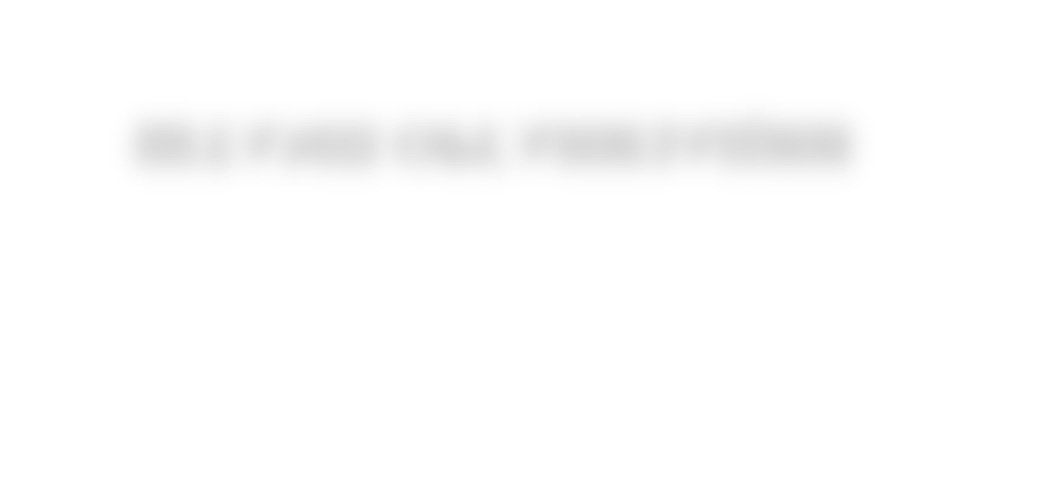
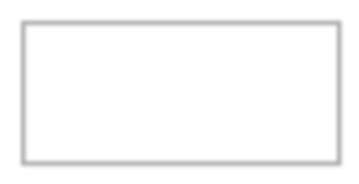
Приложение 5 к Приказу Минздравсоцразвития РФ



от 22.11.2004 № 255

Медицинская документация

Форма № 057/у-04

**ШТАМП ОРГАНИЗАЦИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **0** | **1** | **2** | **3** |

Код

**НАПРАВЛЕНИЕ** *N 12345*

**на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

***ООО***

***«***

***НЕВА***

***»***

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *0* | *1* | *2* | *3* | *4* |

1. Номер страхового полиса ОМС

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. Код льготы
2. Фамилия, имя, отчество *Фамилия Имя Отчество*

4

.

Дата

рождения

*01.01.190*

*0*

.

5

Адрес

постоянного

места

жительства

*Москва*

*,*

*ул*

*.*

*Улица*

*,*

*д*

*. 00*

6

.

Место

работы

,

должность

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *D* | *3* | *9 .* |  | *7* |

1. Код диагноза по МКБ  **– коды «Z» к оплате не принимаются!**
2. Обоснование направления *Диагноз без сокращений. Задачи исследования.*

*МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием.*

**область исследования, контрастирование**

Должность

медицинского

работника

,

направившего

больного

*врач*

*-*

*онколог*

*Фамилия*

*Имя*

*Отчество*

Подпись

(

Ф

.

И

.

О

.)

(

подпись

)

Заведующ

ий

отделением

*Фамилия*

*И*

*.*

*О*

*.*

Подпись

(

Ф

.

И

.

О

.)

(

подпись

)

“

*31*

”

*декабря*

*201*

*8*

г

.

**–**

**до**

**20**

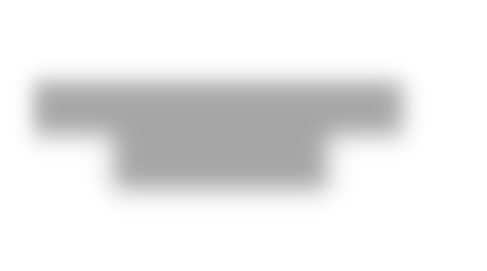
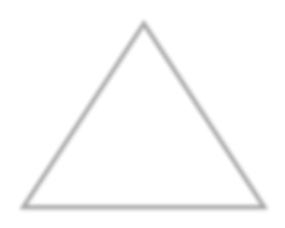
**дней**

М

.

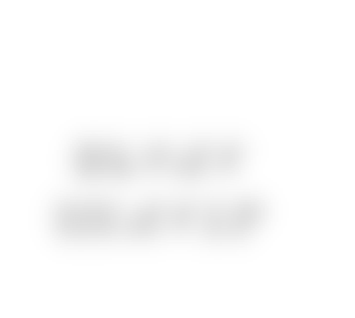
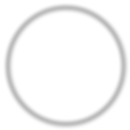
П

.



**ПЕЧАТЬ**

**ОРГАНИЗАЦИИ**



**ПЕ**

**ЧАТЬ**

**ВРАЧА**

**–**

**треугольная**

**или**

**круглая**

**NB!** ФИО и дата рождения пациента должны совпадать с паспортом!

ООО «НЕВА» исследования выполняются по анатомическим областям.

Исследование **почек и мочеточников** (мочевыводящих путей) включает две анатомические области –

это **два Стнаправления и протокол ВК**!