

Наименование и адрес медицинской организации в пределах места нахождения
Основной государственный регистрационный номер

Медицинская документация
Учетная форма N 057/у
Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 2 сентября 2025 г. N 519н

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ N ____

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 определенной 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, пенсионер - 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, специализированная, 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, включая обезболивающую терапию

(не получал / получал, наименование препарата, доза, кратность введения)

Решением ВК (протокол № от) пациент признан нуждающимся в оказании паллиативной помощи в стационарных условиях.

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента _____

М.П. (при наличии)

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)