Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «02» сентября 2025 г. № 519н

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения
(фамилия, 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» сентября 2025 г. № 519н

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № _____

Дата заполнения направления: число_____ месяц _____год _____
ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России, 155841 Ивановская обл., Кинешемский р-н, территория МЦ «Решма», дом 1
(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
_____
_____
_____
Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента _____
_____

_____ _____
(подпись) Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П. (при наличии)