

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)