|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EXP&n=763941&date=21.10.2025&demo=2) 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 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| М.П. |  | (подпись) |  | Фамилия, имя, отчество(при наличии) |