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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального  развития Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Медицинская документация  Форма № 057/у-04\_\_\_\_\_\_\_ |
| ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Челябинск)  455003, г. Челябинск, проспект Героя России Родионова Е.Н., д.2 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |
| Код ОГРН | 1 | 1 | 0 | 7 | 4 | 5 | 3 | 0 | 0 | 2 | 7 | 7 | 7 | |  | | | | | |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на госпитализацию, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

**в федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации (г.Челябинск)**

*(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер страхового |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |
| полиса ОМС |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | 2. Код льготы | | | | | | | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 4. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 5. Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 6. Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 7. Код диагноза по МКБ |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Обоснование направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должность медицинского работника, направившего больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. подпись | |  |
| Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. подпись | |  |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.  Место печати | |  |
|  |  | |
|  |  | |

Инструкция по заполнению учетной [формы N 057/у-04](http://base.garant.ru/12137975/#block_5000) "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию"

**Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"**

"Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (далее - Направление) выдается медицинским учреждением, осуществляющим наблюдение или прием больных.

В верхнем левом углу указывается [полное наименование](http://base.garant.ru/12137975/#block_50001) медицинского учреждения, его адрес или штамп учреждения с указанием кода учреждения по ОГРН.

В направлении указывается полное наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент.

В [пункте 1](http://base.garant.ru/12137975/#block_5001) Направления вписывается номер страхового полиса ОМС.

В [пункте 2](http://base.garant.ru/12137975/#block_5002) указывается код льготы.

[Пункты 3](http://base.garant.ru/12137975/#block_5003), [4](http://base.garant.ru/12137975/#block_5004), [5](http://base.garant.ru/12137975/#block_5005) - Ф.И.О., дата рождения, адрес постоянного места жительства - заполняются на основании документа, удостоверяющего личность, или Медицинской карты амбулаторного больного.

Причем если гражданин Российской Федерации не имеет ни в одном из субъектов России постоянного места жительства, то указывается адрес регистрации места пребывания.

Для иностранных граждан указывается адрес регистрации пребывания в Российской Федерации.

В [пункте 6](http://base.garant.ru/12137975/#block_5006) указываются место и должность работы со слов пациента.

В [пункт 7](http://base.garant.ru/12137975/#block_5007) вписывается код диагноза по [МКБ](http://base.garant.ru/4100000/).

В [пункте 8](http://base.garant.ru/12137975/#block_5008) "Обоснование направления" указывается основная причина, послужившая поводом для госпитализации, восстановительного лечения, обследования, консультации.

Должность медицинского работника, направившего больного, указывается в соответствии со штатным расписанием учреждения, проставляется Ф.И.О. и подпись.

Направление подписывается заведующим отделением с указанием Ф.И.О. и заверяется печатью учреждения.