

ПРИМЕР ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ

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

Наименование и адрес медицинской организации
в пределах места нахождения _____

ГБУЗ ГКБ Поликлиника №0

Основной государственный регистрационный номер

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ N **_057у_**

Дата заполнения направления: число **_1_** месяц **_1_** год **_1111_**

ФГБУ "НМИЦ ТИО им. ак. В. И. Шумакова" Минздрава России

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: **_00000000000000_**

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования:

число **_1_** месяц **_1_** год **_1111_**

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным
лицом или определенной застрахованному лицу:

название страховой организации, выдавшей полис

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

Иванов Иван Иванович

Дата рождения: **"_1_"** **_января_** **_1111_** г. Пол: **муж - 1, жен - 2**

Регистрация по месту жительства:

Ивановская область, г. Иваново, ул. Иванова, дом 1, квартира 1

Область, район, населенный пункт, улица, дом, строение/корпус, квартира

Регистрация по месту пребывания:

Ивановская область, г. Иваново, ул. Иванова, дом 1, квартира 1

Область, район, населенный пункт, улица, дом, строение/корпус, квартира

Местность: **_1_** городская - 1, сельская - 2

Занятость: **_1_** 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: **_000.0_**

Направляется для оказания медицинской помощи:

3,2,1

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:

Полное наименование диагноза*указать верное*, _однократно_

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента:

врач-терапевт*указать верное*

подпись врача **Петров П.П.**

Печать учреждения