
(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН

НАПРАВЛЕНИЕ № _____
на госпитализацию, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

Код ОГРН 1111215004493

ООО «КЛИНИКА ЛАЗЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ»

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

Планируемая дата
госпитализации/посещения _____

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)

М.П.