

НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, восстановительное лечение,
обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

в Центр Медицины и Реабилитации
г. Одинцово, ул.Северная, д.66
(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 _____

" ____ " _____ 20__ г.
МП