

Министерство здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации  
ГАУЗ МО "ДГСП"  
(наименование медицинского  
учреждения)  
г. Домодедово, мкр.Центральный,  
Каширское ш., д.36а  
(адрес направившего учреждения)

Медицинская документация  
Форма N 057/у-04 \_\_\_\_\_

утверждена Приказом  
Минздравсоцразвития России  
от 22.11.2004 N 255

Код ОГРН 

1	1	1	5	0	0	9	0	0	4	8	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

НАПРАВЛЕНИЕ  
на госпитализацию, обследование, консультацию

**ЧЛХ ГКБ г. Подольск, ул. Кирова 38**

(наименование медицинского учреждения,  
куда направлен пациент)

(корпус 18; приемное отделение ЧЛХ)

1. Номер страхового  
полиса ОМС

2. Код льготы:

3. Фамилия, имя, отчество

4. Дата рождения

5. Адрес регистрации:

6. Место работы, должность

7. Код диагноза по МКБ

				.	
--	--	--	--	---	--

8. Обоснование направления

Должность медицинского работника, направившего больного: стоматолог-хирург

Кириллов Роман Павлович

Ф.И.О.

подпись

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

Шарганов Абдул-Латиф Фарук

Ф.И.О.

подпись

"\_\_" \_\_\_\_\_ 2022

МП