Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

_____
(наименование медицинского учреждения)
_____
_____
_____
(адрес)

Медицинская документация
Форма N 057/у-04_____
утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. N 255

_____
Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |
_____

НАПРАВЛЕНИЕ

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

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»
(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 _____
_____

Острота зрения: * Правый глаз: Visus _____ sph_____ cyl_____ ax_____=_____.
*Левый глаз: Visus _____ sph_____cyl_____ax_____=_____.

*ВГД: ОД _____ (мм рт.ст., Topcon, Nidek). OS _____ (мм рт.ст., Topcon, Nidek).

Должность медицинского работника, направившего больного_____
_____
Ф.И.О. подпись

Заведующий отделением _____
Ф.И.О. подпись

"____"_____201____ г.

МП

* - Поля для обязательного заполнения