НАПРАВЛЕНИЕ

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

в Центр Медицины и Реабилитации города Химки

141400, Московская область, г. Химки, Юбилейный пр, д.6а помещение 8
(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