

**ПЕЧАТЬ НАПРАВЛЯЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ**

Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 2 сентября 2025 г. № 519н

Наименование и адрес медицинской

организации в пределах места нахождения

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

индивидуального предпринимателя и адрес

осуществления медицинской деятельности)

Основной государственный регистрационный

номер (Основной государственный

регистрационный номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация

Учетная форма N 057/у

Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 2 сентября 2025 г. N 519н

**НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Дата заполнения направления: число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_

**ООО МЦ ПАЛЛАДИУМ г. Ижевск**

НОМЕР  
НАПРАВЛЕНИЯ

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_\_\_

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или

определенной застрахованному лицу \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. Пол: муж - 1, жен - 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Местность: городская - 1, сельская - 2

Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2,

пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочие - 6

Код диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Направляется для оказания медицинской помощи: Госпитализация

форма: экстренная - 1, неотложная - 2, плановая - 3;

вид: первичная медико-санитарная помощь, в том числе специализированная - 1,

специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь - 2, паллиативная

медицинская помощь - 3; скорая специализированная медицинская помощь - 4;

условия: амбулаторно - 1; в дневном стационаре - 2; стационарно - 3.

Обоснование (показания) направления с указанием числа назначаемых курсов (циклов) лечения

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента \_\_\_\_\_

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ПЕЧАТЬ ДЛЯ СПРАВОК

ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ  
ВРАЧА