Приложение № 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 № 057/у

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № _____

Дата заполнения направления: число _____ месяц _____ год _____

_____
(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: _____,

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)

М. П. (при наличии)