

(Штамп направляющей медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ
на консультацию (госпитализацию)
в ГБУ РО «ЛРЦ №2» -
№ _____ от _____ 20__ г.

СРОК ДЕЙСТВИЯ 1 месяц

Ф.И.О. пациента _____

Пол _____ Возраст (год рождения) _____

Место жительства: город, район _____

ул. _____ № дома _____ № квартиры _____

Место работы _____

Страховой медицинский полис:
серия _____ № _____

Медицинская страховая организация _____

Данные паспорта: серия _____ № _____ дата выдачи _____

(Данные документа, удостоверяющего личность)

кем выдан _____

На консультацию, госпитализацию, обследование
(нужное подчеркнуть)

*наименование специальности консультанта,
профиля отделения, необходимого
инструментального (лабораторного) обследования*

Цель направления: _____

Диагноз основной: _____

Сопутствующие заболевания _____

Должность, подпись
руководителя _____

М.П.
Подпись врача _____ (Ф.И.О.)