

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

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ

Наименование МО, адрес, код ОГРН

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № 0000

Дата заполнения направления: **число 00 месяц 00 год 2026**

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: **номер полиса**

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: **число 00**

месяц 00 год 0000

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу **наименование страховой МО**
фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Дата рождения: "___" _____ г. Пол: муж - 1, жен - 2 **выделить нужное**

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации **сведения из формы 025у**

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 **выделить нужное**

Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2, пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочие - 6

выделить нужное

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

код диагноза в соответствии с МКБ и 116н приказом Минздрава России («D», «C»)

Направляется для оказания медицинской помощи: **КТ или МРТ с указанием контраста и зон или пересмотр гистологии (игх при необходимости) или МГИ (с указанием параметров),**

форма: экстренная - 1, неотложная - 2, плановая - 3; **выделить нужное**

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; **выделить нужное**

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

Обоснование (показания) направления с указанием числа назначаемых курсов

(циклов) лечения **Заполняется врачом-онкологом**

Должность, специальность медицинского работника, направившего пациента **Врач-онколог**

ПЕЧАТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ,
НАПРАВЛЯЮЩЕГО НА
ИССЛЕДОВАНИЕ, может быть
круглой, треугольной, квадратной

Подпись \ Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ
ВРАЧА