

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 для ПЭТКТ

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 **сведение 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

по МКБ 10 - «С»

Направляется для оказания медицинской помощи: **ПЭТ КТ с 18F-ФДГ**

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; **выделить нужное**

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

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

Заполняется врачом-онкологом

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

Подпись \Фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

