Медицинская документация

 форма № 057/у-04

 (наименование медицинской организации)

 № для записи на прием

 1234-567-891-2345

 (адрес)

Код ОГРН

НАПРАВЛЕНИЕ №

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию

(нужное подчеркнуть)

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

1.Номер страхового полиса ОМС

2. Код льготы

1. Фамилия, имя, отчество
2. Дата рождения
3. Адрес постоянного места жительства
4. Место работы, должность
5. Код диагноза по МКБ
6. Обоснование направления

9. Должность медицинского работника, направившего больного

Ф.И.О. подпись

Заведующий отделением

Ф.И.О. подпись

" " г.

м.п.

Дополнительные данные по результатам исследования:

Выполнение операции по профессиональным /социальным показаниям

 (да / нет)

Катаракта

(осложненная, неосложненная)

Катаракта осложненная

(глаукомой, любой степенью подвывиха хрусталика, диабетической ретинопатией, возрастной макулярной дегенерацией (сухая, влажная форма), анизометропией более 2 дптр)

Острота зрения:

OD sph cyl Dax =

OS sph cyl Dax =

Внутриглазное давление:

OD мм.рт.ст. OS мм.рт.ст.

Дата консультации: дд.мм.гггг

Время консультации: чч:мм

Адрес: город, улица, дом, корпус (при наличиии), этаж (при наличии), каб. (при наличии), телефон для связи