

Приложение N 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 2 сентября 2025 г. N 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 N 057/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 2 сентября 2025 г. N 519н

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ N _____

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)