

(адрес)

Код ОГРН

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового
полиса ОМС

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	0	-	-	-	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--

3. Фамилия, имя, отчество

Иванов Иван Иванович

4. Дата рождения 17.01.1976

5. Адрес постоянного места жительства

г. Москва, ул. Мира, д. 3 кв 66

6. Место работы, должность Не работает

7. Код диагноза по МКБ

C	34	.	0	
---	----	---	---	--

8. Обоснование направления Гистологическое исследование/Диагностика методом ИГХ, в том числе HER2, ALK, MSI

Должность медицинского работника, направившего больного

Ф. И. О.

подпись

Заведующий отделением

Ф. И. О.

подпись

« 01 » Января 2023 г.

М. П.