

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «02» сентября 2025 г. № 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 № 057/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от «02» сентября 2025 г. № 519н

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № _____

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)