

Санкт-Петербургское государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения «Городской  
консультативно-диагностический центр №1»  
194354, СПб, ул. Сикейроса, д. 10, лит. А  
ОГРН 1037804003687

Медицинская документация  
Учетная форма № 057/у

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

## НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № 14636500

Дата заполнения направления: 01.06.2026

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городской клинический онкологический диспансер", 197022, Санкт-Петербург, аллея 2-я Берёзовая, д. 3-5, к. А, ОГРН: 1027806865998

(наименование медицинской организации, куда направлен пациент)

Полис обязательного медицинского страхования: ЕП 6178250897000307

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: 05.05.2026

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу: Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Санкт-Петербург

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: Мелконян Елизавета Александровна

Дата рождения: 02 января 1947 Пол: муж – 1, жен – 2

Регистрация по месту жительства: 195269, Санкт-Петербург, пр-кт Луначарского, д. 94, к. 1, кв. 272

Регистрация по месту пребывания: 194223, Санкт-Петербург, ул. Жака Дюкло, д. 14, кв. 71

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  
C20 Злокачественное новообразование прямой кишки

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 высокотехнологическая 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 На консультация стоматерапевта

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

подпись



Абдуллин Рустам Харисович

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

М.П. (при наличии)