

# НАПРАВЛЕННЯ

## НА ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ/САНАТОРНО-ОЗДОРОВЧЕ ЛІКУВАННЯ

П. І. Б. ....

Стать:  Ч  ЖДата народження:       
число місяць рік

Основний діагноз .....

П. І. Б. лікаря Код послуги Контактний тел. лікаря Дата:       
число місяць рік

Підпис лікаря .....

**!** ПАМ'ЯТКА ПАЦІЄНТУ: Обов'язково мати при собі: направлення, результати всіх попередніх досліджень (консультативний висновок лікаря, рентгенівські знімки), витяги з історії хвороби (за наявності).