

*Образец*

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МРТ/КТ-ИССЛЕДОВАНИЕ № \_\_\_\_\_  
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**Наименование медицинского учреждения куда направляется  
пациент: ООО «РУСМЕД»,**

**г. Сочи, ул. Гагарина 19А, тел. (8862) 2 54-55-55**

**Наименование медицинского учреждения откуда направляется  
пациент**

Дата направления \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

(указать паспортные данные) паспорт серия \_\_\_\_\_ №

\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Выдан (кем) \_\_\_\_\_

Страховая организация \_\_\_\_\_

Страховой полис

№ \_\_\_\_\_

Диагноз (код

МКБ) \_\_\_\_\_

Вид исследования \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

Зам. директора

по мед. части \ главный врач \_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

(Ф.И.О.)