ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
30.07.2012 № 577

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 161/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України №

НАПРАВЛЕННЯ
інваліда у заклади охорони здоров'я

1. Видане хворому _____
(прізвище, ім'я, по батькові хворого)

2. _____
(місце проживання хворого)

3. Дата народження хворого
(число, місяць, рік)

4. Направлено у заклади охорони здоров'я на:

а) госпіталізацію _____
_____ ;

б) консультацію _____
_____ ;

в) дообстеження _____
_____
_____

Голова МСЕК _____ _____
(підпис) (П.І.Б.)

М.П.