

Код форми за ЗКУД | | | | | | | | | |

Код закладу за ЗКПО | | | | | | | | | |

Міністерство охорони здоров'я України  
Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

ФОРМА N | 0 | 7 | 8 | / / | 0 |

Затверджена наказом МОЗ України

| 2 | 7 . | 1 | 2 . | 9 | 9 | р . | N | 3 | 0 | 2 |

**НАПРАВЛЕННЯ**

**в санаторій для хворих на туберкульоз**

Прізвище, ім'я, по батькові хворого \_\_\_\_\_  
направляється \_\_\_\_\_

(найменування закладу, який направляє хворого)

на лікування в санаторій \_\_\_\_\_

(найменування санаторію)

на прикріплене до диспансеру (диспансерного відділення)

місце N \_\_\_\_\_

Термін прибуття до санаторію \_\_\_\_\_

Адреса санаторію \_\_\_\_\_

Адреса диспансеру (відділення, лікарні), який направляє хворого \_\_\_\_\_

Медична документація видана \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

на руки/направлена поштою (підкреслити)

Місце для  
печатки

Дата заповнення документа  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

Головний лікар диспансеру (відділення, лікарні) \_\_\_\_\_

(підпис)

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_

(підпис)