

**Направление пациентов в  
детский городской консультативно-диагностический центр  
ОБУЗ ГКБ №4 детская поликлиника № 6**

К врачу \_\_\_\_\_

Наименование ЛПУ, направившего пациента \_\_\_\_\_

---

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес (по прописке) \_\_\_\_\_

Место учебы \_\_\_\_\_

Страховой медицинский полис: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Страховая компания \_\_\_\_\_

Диагноз при направлении \_\_\_\_\_

---

Цель направления \_\_\_\_\_

Лечащий врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_

Дата направления \_\_\_\_\_