The resource of this report item is not reachable.

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Медицинская документация
Форма № 025/у-04 ____________
утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 22 ноября 2004 года № 255

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО №

1. Страховая медицинская организация ______________________________

2. Номер страхового полиса ОМС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3. Код льготы | | | |

4. СНИЛС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5. Фамилия ____________________ 6. Имя ____________________ 7. Отчество ____________________

8. Пол М Ж 9. Дата рождения ____________________

10. Адрес постоянного места жительства: ______________________________

11. Адрес регистрации по месту пребывания: ______________________________

12. Телефон домашний ____________________, служебный ____________________

13. Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, №, серия, дата, кем выдан)
____

14. Инвалидность: 1-Iгр., 2-IIгр., 3-IIIгр., 4-ребенок инвалид, 5-инвалид с детства, 6-установлена впервые в жизни, 7-снята 15. Место работы: ____________________
(наименование и характер производства)

профессия ____________________ должность ____________________ иждивенец ____________________

16. Перемена адреса и места работы:

Дата	Новый адрес (новое место работы)

17. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10	Дата постановки на диспан-серное наблюдение	врач		Дата снятия с диспан-серного наблюдения	врач	
				должность	подпись		должность	подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. ГРУППА КРОВИ, Rh _____

19. ЛЕКАРСТВЕННАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ: