

Код формы по ОКУД 0609362

Код организации по ОКПО _____

ООО «Клиника красоты Джаватхановой Амины»

ОГРН: 1170571021356 | ИНН: 0571011783 | КПП: 057101001

Адрес: РД, г. Махачкала, ул. Ермошкина, д. 99. Тел.: 8 (988) 291-99-69

Лицензия на медицинскую деятельность: № Л041-01172-05/00320583

Лицензия на фармацевтическую деятельность: № Л042-01172-05/00165994

Медицинская документация Учётная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

№ _____

1. Дата заполнения медицинской карты: «___» _____ 20___ г.

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: _____

3. Дата рождения: «___» _____ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2 _____

4. Гражданство: _____

5. Документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____
выдан _____
«___» _____ г.

6. Номер телефона: _____ Адрес электронной почты: _____

7. СНИЛС: ___ - ___ - ___

8. Полис ОМС: _____ дата выдачи: «___» _____ г.
страховая медицинская организация: _____

9. Регистрация по месту жительства:
субъект РФ: _____ район: _____ населённый пункт: _____
улица: _____ дом: _____ строение/корпус: _____ квартира: _____
Местность: городская — 1, сельская — 2 _____

10. Регистрация по месту пребывания (при отсутствии регистрации по месту
жительства): субъект РФ: _____ населённый пункт: _____ улица: _____
дом: _____ квартира: _____ Местность: городская — 1, сельская — 2 _____

11. Код меры социальной поддержки: _____

12. Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии
здоровья пациента: ФИО: _____ тел.: _____

13. Занятость: работает — 1, проходит военную и приравненную к ней службу — 2,
пенсионер — 3, обучающийся — 4, не работает — 5, прочее — 6 _____

14. Группа инвалидности: _____ (впервые/повторно) дата установления: «___» _____ г.

15. Место работы, учёбы, должность: _____

16. Признан нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи:
не признан — 1; признан — 2 _____

Лист записи заключительных (уточнённых) диагнозов

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточнённые) диагнозы	Код по МКБ-10	Впервые или повторно (+/-)	Врач (ФИО, подпись)

Сведения о пациенте (со слов пациента):

17. Группа крови: ____ 18. Rh-фактор: ____ 19. Аллергические реакции: _____

20. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра: « ____ » _____ 20 ____ г.
Место оказания помощи: на приёме ____ на дому ____ прочее ____

Врач (специальность, ФИО): косметолог _____

Жалобы пациента: _____

Анамнез заболевания, жизни: _____

Объективные данные: _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 ____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 ____
_____ код по МКБ-10 ____
_____ код по МКБ-10 ____

Внешняя причина (при травмах, отравлениях): _____
_____ код по МКБ-10 ____

Группа здоровья: ____ Диспансерное наблюдение: _____

Назначения:

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия

**21. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство /
отказ от медицинского вмешательства:**

Дата	Вид вмешательства	Согласие / Отказ (подпись пациента)	Врач (ФИО, подпись)

22. Динамическое наблюдение:

Дата: «__» _____ 20__ г.

Жалобы и динамика состояния: _____

Проведённое обследование и лечение: _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина (при травмах, отравлениях): _____
_____ код по МКБ-10 _____

Врач (ФИО, подпись): _____

23. Заключение врачебной комиссии:

Дата: «__» _____ 20__ г.

Заключение: _____

Рекомендации: _____

Председатель: _____ Члены комиссии: _____

24. Диспансерное наблюдение:

Дата: «__» _____ 20__ г.

Жалобы и динамика состояния: _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия: _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина (при травмах, отравлениях): _____
_____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра: _____

Врач (ФИО, подпись): _____

25. Сведения о листках нетрудоспособности:

№ листка	Период освобождения от работы (с — по)	Причина нетрудоспособности	Врач (ФИО, подпись)

26. Эпикриз:

[illegible]

Листок учёта процедур

№	Дата проведения услуги	Наименование услуги	Врач (ФИО, подпись)