Приложение № 1  
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  | Код формы по ОКУД |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ООО «Центр восстановительной медицины» |  | Код организации по ОКПО |  |
|  | Медицинская документация | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Адрес | пр. Мишина, 12Б |  | Учетная форма № 025/у |
|  | Утверждена приказом Минздрава России |
|  |  |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| **В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №** | **{0}** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата заполнения медицинской карты: | {1} |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Фамилия, имя, отчество** | {2} |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Пол: {3}** | **4. Дата рождения: {4}** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Место регистрации: субъект Российской Федерации** | {5} |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **тел.** | {6} |

**6. Местность: городская**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Полис ОМС: серия** | {7} | **№** | {8} | **8. СНИЛС** | {9} |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Наименование страховой медицинской организации** | {10} |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Код категории льготы** | {11} | **11. Документ** |  | **: серия** | {12} | **№** | {13} |

**12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата начала диспансерного наблюдения** | **Дата прекращения диспансерного наблюдения** | **Диагноз** | **Код по МКБ-10** | **Врач** |

**стр. 2 ф. № 025/у**

**13. Семейное положение:** {14}

**14. Образование:** *{15}*

**15. Занятость:** {16}

**16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)** {17}

**17. Место работы, должность** {18}

**18. Изменение места работы**

**19. Изменение места регистрации**

**20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата (число, месяц, год)** | **Заключительные (уточненные) диагнозы** | **Установлен­ные впервые или повторно (+/-)** | **Врач** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **21. Группа крови** | {19} | **22. Rh-фактор** | {20} | **23. Аллергические реакции** | {21} |

**24. Записи врачей-специалистов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата осмотра** | {22} | **на приеме.** |

**Врач (специальность)**    {23}

**Жалобы пациента**    {24}

**Анамнез заболевания, жизни**    {25}

**Объективные данные**    {26}

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз основного заболевания:** | {27} | **код по МКБ-10** | {28} |

**Осложнения:**    {29}

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Сопутствующие заболевания** | {30} | **код по МКБ-10** | {31} |
| {32} | | **код по МКБ-10** | {33} |
| {34} | | **код по МКБ-10** | {35} |

**Внешняя причина при травмах (отравлениях)**    {36}

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **код по МКБ-10** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Группа здоровья** | {37} | **Диспансерное наблюдение** | {38} |