**ООО «ИНФИНИТИ»**

**infinity-clinic.ru**

**ИНН 780730632**

**Медлицензия ЛО-78-01-009145**

**Санкт-Петербург, Московский проспект, 111**

**Телефон +7 (812) 401 60 33 info@ infinity-clinic.**

Приложение №1

К приказу министерства здравоохранения

Российской Федерации

От 15 декабря 2014 г.№834н

Код формы по ОКУД\_\_\_\_\_\_\_\_

Код формы по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_

от 15 декабря 2014 г. № 834н

Учетная форма № 025\у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. №834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| **В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ \_111\_\_\_\_\_** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1**. **Дата заполнения медицинской карты: число** | 2 | **месяц** | августа | **год** | 2021 |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Фамилия, имя, отчество** | Иванов Иван Иванович |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Пол: муж. - 1, жен. - 2** | **4. Дата рождения: число** | 01 | **месяц** | 07 | **год** | 1963 |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Место регистрации: субъект Российской Федерации** | г. Санкт-Петербург |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **район** |  | **город** |  | **населенный пункт** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** | Московский проспект | **дом** | 111 | **квартира** | 5 | **тел.** |  |

**6. Местность: городская - 1, сельская - 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Полис ОМС: серия** | 5703 | **№** | 421563 | **8. СНИЛС** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Наименование страховой медицинской организации** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Код категории льготы** |  | **11. Документ** |  | **: серия** |  | **№** |  |

**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:**  состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

**14. Образование:** *профессиональное*: высшее – 1, среднее – 2; *общее*: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

**15. Занятость:** работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4,  
не работает – 5, прочие – 6.

**16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)**

**17. Место работы, должность**

**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** |  | **22. Rh-фактор** |  | **23. Аллергические реакции** |  |