
(наименование медицинского учреждения)

Утверждена приказом
Минздравсоцразвития России
от 22 ноября 2004 г. №255

Код ОРГН

ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА
№ медицинской карты _____ Дата _____

1. Код категории льготы _____
2. Номер страхового полиса ОМС _____
3. СНИЛС _____
4. Пациент: код _____ ф.и.о _____
5. Пол: _____ 6. Дата рождения _____
7. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер) _____
8. Адрес регистрации по месту жительства: _____
9. Житель: _____
10. Социальный статус, в том числе занятость: _____
11. Инвалидность _____
12. Специалист: код _____ ф.и.о _____
13. Вид оплаты: _____