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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Общество с ограниченной ответственностью МОЦ«Галиум» | |  | Код организации по ОКПО |  |
| **Адрес** | 392000, г.Тамбов, ул. Интернациональная, д.27Б |  | Медицинская документация Учетная форма № 025/у Утверждена приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н | |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

**В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №**

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** |  | **дом** |  | **квартира** |  | **тел.** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Полис ОМС: серия** |  | **№** |  | **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** |
|  |  |  |  |  |

**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**