

(адрес)

[illegible]

1					
---	--	--	--	--	--

[illegible]

--	--	--

7

		.		.	2	0			
--	--	---	--	---	---	---	--	--	--

альных
услуг

10. СНИЛС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Страховой номер индивидуального лицевого счета)

12. Место работы, учебы _____

13. Занимаемая должность, профессия _____

* Заполняется если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени.

Линия отреза

Подлежит возврату в лечебно-профилактическое
учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту

Обратный талон

1. Больной _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

2. Находился в санаторно-курортной
организации

ОГРН СКО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. с

		.		
--	--	---	--	--

 по

		.		
--	--	---	--	--

число месяц число месяц

(наименование организации, адрес)

4. Диагноз при поступлении:

Коды МКБ-10

4.1. Заболевание, для лечения которого
направляется в санаторий

			.	
--	--	--	---	--

4.2. Основное заболевание или заболевание,
являющееся причиной инвалидности

			.	
--	--	--	---	--

4.3. Сопутствующие заболевания

			.				.				.	
			.				.				.	

5. Диагноз при выписке из санатория:

5.1. Основное заболевание или заболевание,
являющееся причиной инвалидности

			.	
--	--	--	---	--

5.2. Сопутствующие заболевания

			.				.				.	
			.				.				.	

оборотная сторона 2

14. Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное лечение _____

15. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты) _____

(для женщин обязательным является заключение гинеколога)

16. Диагноз:

Коды МКБ-10

16.1 Заболевание, для лечения которого
направляется в санаторий

			.	
--	--	--	---	--

16.2 Основное заболевание или заболевание,
являющееся причиной инвалидности

			.	
--	--	--	---	--

16.3 Сопутствующие заболевания

			.				.				.	
			.				.				.	

Заключение

17. Название санаторно-курортной организации _____

18. Лечение 18.1. санаторно-курортное

--

18.2. амбулаторно-курортное

--

19. Продолжительность курса

--	--

дней

(отметить нужное символом "V")

20. Путевка N

21. Лечащий врач _____
(подпись)

22. Заведующий отделением _____
или председатель ВК (подпись)

МП

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печати

Линия отреза

6. Проведено лечение _____

(виды лечения, количество процедур, их
переносимость)

соответствие рекомендованному стандарту
санаторно-курортной помощи

6.1. Да ☐ 6.2. Нет ☐ (отметить нужное символом "V")

Причины отклонения от стандарта санаторно-курортной
помощи _____

7. Эпикриз _____
(включая данные обследования)

8. Результаты лечения: значительное ☐ улучшение ☐ без перемен ☐ ухудшение ☐
улучшение
(отметить нужное символом "V")

9. Наличие обострений,
потребовавших отмену процедур:

9.1. Да ☐ 9.2. Нет ☐

10. Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

11. Лечащий врач _____
(подпись)

12. Главный врач санаторно-
курортной организации _____
(подпись)

МП

Для типографии! Формат А4