

Наименование медицинской организации  
ООО «МедиСкан»

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код организации по ОКПО 41297970

Адрес  
Санкт-Петербург, переулок Каховского,  
дом 12, стр 1, помещение 2-Н

Медицинская документация  
Учетная форма № 025/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ  
ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № \_\_\_\_\_**

1. Дата заполнения медицинской карты: \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

3. Пол: \_\_\_\_\_ 4. Дата рождения: \_\_\_\_\_

5. Место регистрации: \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_

6. Местность: \_\_\_\_\_

7. Полис ОМС: \_\_\_\_\_

**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, прочее - 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