

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Адрес _____

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 _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

