

Наименование медицинской организации

Код по МКБ-10

Дата

Код формы по ОКУД

Код организации по ОКПО

Медицинская документация

Адрес

Амбулаторная карта обратившегося
за специализированной медицинской помощью №

Код льготы

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. Правовой статус: опекаемый –1, дееспособный – 2.
Инвалидность (первичная, повторная, группа)
Срок переосвидетельствования
8. Родственники: Ф. И. О. тел:
Ф. И. О. тел:
9. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

10. Лекарственная непереносимость

с. 2 ф. № 025/у

11. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.
12. Полис ОМС: серия №
13. СНИЛС
14. Наименование страховой медицинской организации
15. Код категории льготы
16. Документ: серия №
17. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.
18. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.
19. Место работы, должность
20. Изменение места работы
21. Изменение места регистрации
22. Сведения о госпитализациях:

№ п/п	Дата поступления	Дата выписки	Кем направлен	Код по МКБ-10	Врач	Дата регистрации эпикриза в ПНД