

(Оформляется медицинской организацией)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПРЕСТАРЕЛОГО (ИНВАЛИДА), ОФОРМЛЯЮЩЕГОСЯ
В СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту _____

_____ район _____ город _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующих диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевт _____

Фтизиатр _____

(штамп флюорографии, результаты 3-кратного анализа мокроты для лиц на постельном режиме)

Хирург _____

Дерматовенеролог _____

Кровь на RW _____

Окулист _____

Стоматолог (зубной врач) _____

Психиатр _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

(ВКК психоневрологического диспансера, а при отсутствии его - районной больницы с указанием рекомендуемого типа дома-интерната на руки престарелому (инвалиду) и их родственникам не выдается - высылается почтой)

Результаты анализов (с указанием N и даты):

на кишечную группу _____ ,

на дифтерию _____ ,

яйца гельминтов _____

Сведения о профилактических прививках _____

Справка об отсутствии инфекционных заболеваний _____

(есть/нет)

МП " _____ " _____ г.

Главный врач _____