

Наименование ЛПУ _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Год рождения _____ Домашний адрес: _____

Состояние здоровья: _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Заключение врачей специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличие осложнений, сведения о перенесённых заболеваниях).

Терапевта _____

Фтизиатра (указать дату и номер флюорографии или исследования мокроты на ВК) _____

Онколога _____

Дерматовенеролога _____

Заключение ВКК психоневрологического учреждения (диспансера или больницы) с указанием рекомендуемого типа дома-интерната прилагается.

Данные анализа на кишечную группу _____

Дифтерию _____

ВИЧ – инфекцию _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Главного врача поликлиники,
больницы _____

Главный врач

Подпись

ФИО

дата

М. П.