

Наименование ЛПУ

Оформляется  
лечебно-  
профилактическим  
учреждением

## 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.