



КОПИЯ

*защитителем судебного дела
по амбулаторно-поликлинической
работе С.В. Кошурникова*

Приложение № 1

к приказу Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД

Код организации по ОКПО 01963574

Клиника ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России

Медицинская документация

Адрес 672000, Забайкальский край, г.о. город
Чита, г Чита, ул Горького, д. 39

Учетная форма № 025/у

**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 Забайкальский
район _____ город Чита населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел _____
6. Местность: городская — 1 , сельская — 2
7. Полис ОМС: серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации ГК "Забайкалмедстрах"
10. Код категории льготы _____ 11. Документ Паспорт гражданина Рос: серия _____ № _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

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

стр. 2 ф. № 025/у

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

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _____