

Приложение N 13
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. N 834н

Наименование медицинской организации _____ Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Адрес _____ Медицинская документация
Форма N 072/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

Санаторно-курортная карта N _____
"__" _____ 20__ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без
настоящей карты путевка недействительна.

1. Фамилия, имя, отчество пациента (ки) _____
2. Пол 1. Мужской 2. Женский 3. Дата рождения

		.		.			
--	--	---	--	---	--	--	--
4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____
5. Идентификационный номер в системе ОМС

6. Субъект Российской Федерации (код субъекта Российской Федерации)	<input type="checkbox"/>	7. Ближайший субъект Российской Федерации (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)	<input type="checkbox"/>																
8. Климат в месте проживания	<input type="checkbox"/>	9. Климатические факторы в месте проживания	<input type="checkbox"/>																
10. Код льготы	<input type="checkbox"/>	11. Сопровождение <*>	<input type="checkbox"/>																
12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг																			
Номер	Серия	Дата выдачи	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td>.</td><td>2</td><td>0</td></tr></table>			.		.	2	0									
		.		.	2	0													
13. СНИЛС	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

14. N медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях _____

линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию,
выдавшую санаторно-курортную карту

Обратный талон

1. Санаторно-курортная организация _____

2. ОГРН СКО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Фамилия, имя, отчество пациента (ки) _____

4. Период санаторно-курортного лечения: с

--	--	--	--	--	--

 по

--	--	--	--	--	--

5. Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

5.1. Основное заболевание _____ код по МКБ-10 _____

5.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

5.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности _____

_____ код по МКБ-10 _____

6. Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

6.1. Основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

6.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

оборотная сторона ф. 072/у

15. Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное _____

16. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты) _____

17. Диагноз:

17.1. Основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

17.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

17.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности _____

_____ код по МКБ-10 _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

18. Название санаторно-курортной организации _____

19. Лечение:

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации

--

 2. Амбулаторно

--

20. Продолжительность курса лечения _____ дней.

21. Путевка N

--

22. Фамилия, имя, отчество и подпись лица, заполнившего карту

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) <*> _____

МП

<*> Для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг.

Карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, фамилий, подписей, наличия печати. Срок действия карты 12 месяцев.

линия отреза

7. Проведено лечение _____

(виды лечения, количество процедур, их переносимость)

8. Эпикриз (включая данные обследования) _____

9. Результаты лечения: значи- улучшение без ухудшение
тельное улучшение перемен

10. Наличие обострений потребовавших отмену процедур 1. Да 2. Нет

11. Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

12. Лечащий врач _____

13. Главный врач санаторно-курортной организации _____

МП