

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации		Код формы по ОКУД	
		Код учреждения по ОКПО	
		Медицинская документация	
Адрес		Форма № 072/у	
		Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н	

Санаторно-курортная карта № _____

“ _____ ” _____ 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		7. Ближайший субъект Российской Федерации			
(код субъекта Российской Федерации)		(код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)			

8. Климат в месте проживания		9. Климатические факторы в месте проживания			
-------------------------------------	--	--	--	--	--

10. Код льготы		11. Сопровождение **		
-----------------------	--	-----------------------------	--	--

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Номер		Серия		Дата выдачи		.		.		2	0		
--------------	--	--------------	--	--------------------	--	---	--	---	--	---	---	--	--

13. СНИЛС																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. № 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	

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 № _____

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

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии)*

М.П.

* 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:	значительное улучшение	<input type="checkbox"/>	улучшение	<input type="checkbox"/>	без перемен	<input type="checkbox"/>	ухудшение	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------

10. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур	1. Да	<input type="checkbox"/>	2. Нет	<input type="checkbox"/>
--	-------	--------------------------	--------	--------------------------

11. Рекомендации по дальнейшему лечению:

12. Лечащий врач

13. Главный врач санаторно-курортной организации

М.П.