

Приложение № 15  
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 № 076/у	
		Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н	

**Санаторно-курортная карта для детей №** \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

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

**1. Фамилия, имя, отчество ребенка**

\_\_\_\_\_

**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. № истории развития ребенка**

\_\_\_\_\_

**15. Образовательная организация**

\_\_\_\_\_

**16. Место работы матери (отца)**

\_\_\_\_\_

**17. Анамнез жизни ребенка**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**18. Наследственность**

\_\_\_\_\_

**19. Профилактические прививки**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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	

5.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности

	код по МКБ-10	
--	---------------	--

**6. Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:**

6.1. Основное заболевание		код по МКБ-10	
6.2. Сопутствующие заболевания:		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	

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

---



---



---

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

---



---



---



---



---



---



---

22. Диагноз:

22.1. Основное заболевание		код по МКБ-10	
22.2. Сопутствующие заболевания:		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	

22.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности

	код по МКБ-10	
--	---------------	--

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

23. Название санаторно-курортной организации

---

24. Лечение:

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации		2. Амбулаторно	
--	--	----------------	--

25. Продолжительность курса лечения \_\_\_\_\_ дней.

26. Путевка № \_\_\_\_\_

27. Фамилия, имя, отчество лица, заполнившего карту

---

28. 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)

---

---

<b>9. Результаты лечения:</b>	значительное улучшение		улучшение		без перемен		ухудшение	
-------------------------------	------------------------	--	-----------	--	-------------	--	-----------	--

<b>10. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур</b>	1. Да		2. Нет	
--	-------	--	--------	--

11. Рекомендации по дальнейшему лечению:

---

---

12. Контакт с пациентами, больными инфекционными заболеваниями

---

13. Лечащий врач

---

14. Главный врач санаторно-курортной организации

---

М.П.