

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

гражданина, оформляемого на стационарное социальное обслуживание

Наименование лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту _____

Адрес лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, находится на постельном режиме и т. п.)

Заключения врачей с указанием диагноза заболевания:

Педиатра _____

Фтизиатра _____

Дерматовенеролога _____

Психиатра _____

Невролога _____

Других специалистов (по показаниям) _____

Заключение врачебной комиссии психоневрологического диспансера, а при его отсутствии – районной поликлиники с указанием рекомендуемого типа стационарного учреждения (общий тип, психоневрологический интернат)

Члены врачебной комиссии _____ / _____ / _____

Печать ЛПУ

Руководитель ЛПУ _____