

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

Приложение № 3
к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 256
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 545н)

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

Медицинская документация
Форма № 072/у-04

(адрес)

ОГРН

Санаторно-курортная карта № _____

от “ _____ ” _____ 20 _____ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно(амбулаторно)-курортное лечение
Без настоящей карты путевка недействительна

1. Лечащий врач _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

2. Выдана _____
Заполняется полностью (фамилия) _____ (имя) _____ (отчество)

3. Пол 3.1. Мужской 3.2. Женский **4. Дата рождения** _____
(отметить нужное символом “□”) _____ число _____ месяц _____ год

5. Адрес _____ **6. № истории болезни или амбулаторной карты** _____
(адрес постоянного места проживания, телефон)

7. Идентификационный номер в системе ОМС _____

8. Код льготы _____ **11. Сопровождение ***
(отметить символом “□” при необходимости сопровождения)

9. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг _____
Номер _____ Серия _____ Дата выдачи _____ 2 0 _____

10. СНИЛС _____
(Страховой номер индивидуального лицевого счета)

12. Место работы, учебы _____
13. Занимаемая должность, профессия _____

Заполняется только для граждан – получателей социальных услуг

* Заполняется, если больной относится к инвалидам I группы либо к лицам, имеющим право на государственную социальную помощь с учетом положений части 4 статьи 37 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 213-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования”.

✂ Линия отреза

Подлежит возврату в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту

Обратный талон

1. Больной _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

2. Находился в санаторно-курортной организации **ОГРН СКО** _____

3. с _____ **по** _____
число _____ месяц _____ число _____ месяц _____
(наименование организации, адрес)

4. Диагноз при поступлении: **Коды МКБ-10**

4.1. Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий _____
4.2. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности _____
4.3. Сопутствующие заболевания _____

5. Диагноз при выписке из санатория:

5.1. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности _____
5.2. Сопутствующие заболевания _____

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

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

(для женщин обязательным является заключение гинеколога)

16. Диагноз:

Коды МКБ-10

16.1. Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий

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

16.2. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности

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

16.3. Сопутствующие заболевания

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

17. Название санаторно-курортной организации _____

18. Лечение 18.1. санаторно-курортное 18.2. амбулаторно-курортное 19. Продолжительность курса дней
 (отметить нужное символом "□")

20. Путевка №

21. Лечащий врач _____ (подпись) 22. Заведующий отделением или председатель ВК _____ (подпись) М.П.

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печати.

 Линия отреза

6. Проведено лечение _____ соответствие рекомендованному стандарту санаторно-курортной помощи
 (виды лечения, количество процедур, их переносимость) 6.1. Да 6.2. Нет (отметить нужное символом "□")

Причины отклонения от стандарта санаторно-курортной помощи _____

7. Эпикриз _____ (включая данные обследования)

8. Результаты лечения: значительное улучшение улучшение без перемен ухудшение
 (отметить нужное символом "□")

9. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: 9.1. Да 9.2. Нет

10. Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

11. Лечащий врач _____ (подпись) 12. Главный врач санаторно-курортной организации _____ (подпись) М.П.