

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
престарелого (инвалида), оформляющегося в пансионат

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту _____

_____ район _____ город _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья (как передвигается: самостоятельно, с посторонней помощью, находится на постельном режиме) _____

Заключения врачей (с указанием полного диагноза и даты осмотра, подписью врача и его личной печатью) :

Терапевт _____

Фтизиатр (диагноз, для больных тbc группа Д-учета, рекомендации) _____

Хирург _____

Онколог _____

Дермато-венеролог _____

Окулист _____

Стоматолог _____

Невропатолог _____

Психиатрическая КЭК (3 врача, указать: дату осмотра, полный диагноз, наличие психоза и слабоумия, рекомендации, дееспособность, при эписиндроме - частоту припадков в месяц) _____

