Приложение № 13

к приказу Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  Код формы по ОКУД |  |
|  |  Код учреждения по ОКПО |  |
|  |  Медицинская документация |
| Адрес |  |  Форма № 072/у |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |

оборотная сторона ф. 072/у

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 |  | улучшение |  | без перемен |  | ухудшение |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 10. Наличие обострений потребовавших отмену процедур 1. Да |  | 2. Нет |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 11. Рекомендации по дальнейшему лечению: |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 12. Лечащий врач |  |
| 13. Главный врач санаторно-курортной организации |  |

М. П.