Приложение № 13  
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 № 072/у | | |
|  | |  | Утверждена приказом Минздрава России | | |
|  | |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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.**