

**Медицинская карта
престарелого (инвалида), оформляющегося в
дом- интернат**

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту _____

_____ район _____ город _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном

режиме)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов,
наличия осложнений, сведений о перенесённых заболеваниях, наличия или отсутствия
показания к стационарному лечению):

Терапевта _____

Фтизиатра _____

Хирурга _____

Дермато-венеролога _____

Окулиста _____

Стоматолога _____

Психиатра _____

Результаты анализов (с указанием № и даты анализа)

На кишечную группу _____

На дифтерию _____

Флюорограмма _____

М.П.

" _____ " _____ 200_ г.

Главный врач поликлиники