

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)

Флюорография, полное описание _____

Терапевта _____

Фтизиатра _____

Хирурга _____

Дермато - венеролога _____

Гинеколога _____

Окулиста _____

Стоматолога (зубного врача) _____

Психиатра _____

Результат анализа на ВИЧ – инфекцию _____

Результат профилактических прививок АДС-М _____

Результаты анализа на кишечную группу № _____ дата « _____ » _____ 20 _____

г. _____.

(указание № и даты анализа)

« _____ » _____ 200 _____ г.

Гл. врач поликлиники