

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Санаторно-курортная карта для детей № _____

от « _____ » 20 ____ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно(амбулаторно)-курортное лечение
Без настоящей карты путевка недействительна

1. Лечащий врач _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

2. Выдана _____ фамилия _____ имя _____ отчество _____

Данные ребенка заполняются полностью

3. Пол 3.1. Мужской 3.2. Женский
(отметить нужное символом «✓»)

4. Дата рождения _____ . _____ . _____ . _____
число месяц год

5. Адрес _____
(адрес постоянного места проживания, телефон)

**6. № истории развития
болезни** _____

7. Идентификационный номер в системе ОМС

Заполняется только для
граждан получателей
социальных услуг.

8. Код льготы _____

**9. Документ, удостоверяющий право на
получение набора
социальных услуг** Номер _____ Серия _____ Дата выдачи _____

10. СНИЛС
Страховой номер индивидуального лицевого счета

11. Сопровождение*
(отметить символом «✓» при необходимости сопровождения)

12. Образовательное учреждение _____

13. Место работы родителей _____

14. Анамнез _____
(вес при рождении, особенности развития, перенесенные заболевания (в каком возрасте))



Линия отреза

Подлежит возврату в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту

Обратный талон

1. Ребенок _____
(фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

2. Находился в санаторно-курортной организации _____
ОГРН СКО _____
(наименование организации, адрес)

3. с _____ по _____
число месяц число месяц

4. Диагноз при выписке из санатория:
4.1. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности

Коды МКБ-10
_____ . _____

4.2. Сопутствующие заболевания

_____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____

5. Проведено лечение _____
(виды лечения, количество процедур, их переносимость)

соответствие рекомендованному стандарту санаторно-курортной помощи

5.1. Да 5.2. Нет (отметить нужное символом «✓»)

Причины отклонения от стандарта санаторно-курортной помощи _____

* Заполняется, если больной относится к детям-инвалидам.

15. Наследственность _____

16. Профилактические прививки _____
(указать даты)

17. Анамнез настоящего заболевания _____
(с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата

последнего обострения, проводимое лечение (в т. ч. противорецидивное)

18. Пользовался ли санаторно-курортным лечением ранее 18.1 Да 18.2 Нет 18.3 Сколько раз
(отметить нужное символом «✓»)

19. Наименование ранее посещаемой санаторно-курортной организации, дата посещения _____

20. Жалобы в настоящее время _____

21. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)

22. Диагноз:

Коды МКБ-10									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22.1 Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

22.2 Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

22.3 Сопутствующие заболевания

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

23. Название санаторно-курортной организации _____

24. Лечение 24.1 санаторно-курортное 24.2 амбулаторно-курортное 25. Продолжительность курса дней
(отметить нужное символом «✓»)

26. Путевка №

27. Лечащий врач _____
(подпись)

28. Заведующий отделением или председатель ВК _____
(подпись) М. П.

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печати
Линия отреза



6. Эпикриз _____
(включая данные обследования)

7. Результаты лечения: значительное улучшение улучшение без перемен ухудшение
(отметить нужное символом «✓»)

8. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: 8.1. Да 8.2. Нет (отметить нужное символом «✓»)

9. Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

10. Контакты с больными инфекционными заболеваниями _____

11. Перенесенные интеркуррентные заболевания и обострение основного и сопутствующих заболеваний _____

12. Лечащий врач _____
(подпись)

13. Главный врач санаторно-курортной организации _____
(подпись) М. П.

