

РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова

Форма № 025/у-07-онко
Приказ МЗ РБ от 30.08.2007 № 710

№ _____ / _____ год

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес по месту жительства: область _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

Протокол

№ _____ «_____» _____ 20__ г.

Группа крови _____

Резус-фактор _____

Ф. И. О. лечащего врача

РАСПИСКА ОБ ИНФОРМИРОВАНИИ РОДСТВЕННИКОВ

Я, _____,

разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе и прогнозе заболевания, результатах обследования и лечения, а также о факте госпитализации следующим лицам:

Фамилия, имя, отчество	Степень родства	Дата	Подпись

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

« _____ » _____ 20____ г.
(дата)

_____ (врач)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

ОСНОВАНИЕ: статья 44 Закона Республики Беларусь 18 июня 2011 г. № 2435-XII «О здравоохранении». Согласие на оказание медицинской помощи. Отметка о согласии на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинских документах. Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство.

4 страница чистая

Инвалид ВОВ (СА, ВС РБ)

Участник ВОВ

Участник ликвидации катастрофы на ЧАЭС

уд. серия _____ номер _____

уд. серия _____ номер _____

уд. серия _____ номер _____

Группа учёта в Госрегистре _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА №

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

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата заведения карты)

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____

2. Дата рождения « _____ » _____ 20 ____ г.

3. Пол: мужской, женский *(нужное подчеркнуть)*.

4. Адрес по месту регистрации пациента _____

5. Место работы (учебы) _____

_____ Телефоны _____

6. Профессия, должность _____

7. Направившее учреждение _____

8. Документ, удостоверяющий личность пациента _____ личный номер _____
(по паспорту)

серия _____ номер _____

кем выдан _____ дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

9. Житель: 1 – городской; 2 – сельский (нужное обвести).

10. ВИД ОПЛАТЫ:

за счет бюджетных средств, собственных средств, медицинского страхования (добровольного, обязательного). (нужное подчеркнуть)

11. Страховой полис (серия, номер) _____

12. Инвалидность: _____ группа

13. Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение:

серия _____ номер _____ кем выдан _____

дата выдачи «_____» _____ г.

14. Группа крови, резус-принадлежность: _____

15. Аллергологический анамнез: _____

16. Лекарственная непереносимость: _____

Гормональный статус: ER _____; PR _____; Her2/neu _____

Сцинтиграфия № _____ «_____» _____ 20__ г.

17. Извещение Ф № 090/у-ОЗ

Дата заполнения «_____» _____ 20__ г.

Дата заполнения «_____» _____ 20__ г.

Дата заполнения «_____» _____ 20__ г.

18. Протокол Ф № 027-2у-03

Дата заполнения «_____» _____ 20__ г.

Дата заполнения «_____» _____ 20__ г.

Дата заполнения «_____» _____ 20__ г.

ЛИСТ ДЛЯ ВКЛЕИВАНИЯ НАПРАВЛЕНИЯ И ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

30, 31, 32 страницы чистые