

Наименование медицинской организации		Код формы по ОКУД	
ООО «СИАМ Белгород»		Код организации по ОКПО	86755854
		Медицинская документация	
Адрес	Г.Белгород ул.Костюкова д.36-г	Учетная форма № 025/у	
		Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н	

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №			
1. Дата заполнения медицинской карты: число		месяц	год
2. Фамилия, имя, отчество			
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2		4. Дата рождения: число	
		месяц	год
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации			
район	город	населенный пункт	
улица	дом	квартира	тел.
6. Местность: городская - 1, сельская - 2			
7. Полис ОМС: серия		№	8. СНИЛС
9. Наименование страховой медицинской организации			
10. Код категории льготы		11. Документ	: серия №

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

стр. 2 ф. № 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата)

17. Место работы, должность

18. Изменение места работы

19. Изменение места регистрации

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови	22. Rh-фактор	23. Аллергические реакции
------------------	---------------	---------------------------

стр. 3 ф. № 025/у

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра	на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.
--------------	--

Врач (специальность)
Жалобы пациента
Анамнез заболевания, жизни
Объективные данные

Диагноз основного заболевания:		код по МКБ-10	
--------------------------------	--	---------------	--

Осложнения:

Сопутствующие заболевания		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	

Внешняя причина при травмах (отравлениях)

	код по МКБ-10	
--	---------------	--

Группа здоровья		Диспансерное наблюдение	
-----------------	--	-------------------------	--

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

стр. 4 ф. № 025/у

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Врач	

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Врач	

стр. 5 ф. № 025/у

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия

Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 6 ф. № 025/у

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 7 ф. № 025/у

26. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния

Проведенное обследование и лечение

Диагноз основного заболевания		код по МКБ-10	
-------------------------------	--	---------------	--

Осложнения:

Сопутствующие заболевания		код по МКБ-10	
---------------------------	--	---------------	--

	код по МКБ-10	
	код по МКБ-10	

Внешняя причина при травмах (отравлениях)

	код по МКБ-10	
--	---------------	--

Рекомендации

Листок нетрудоспособности

Врач

стр. 8 ф. № 025/у

27. Консультация заведующего отделением

Дата		Временная нетрудоспособность с		(дней).
------	--	--------------------------------	--	---	--	--------

Жалобы и динамика состояния

Проведенное обследование и лечение

Диагноз основного заболевания:		код по МКБ-10	
--------------------------------	--	---------------	--

Осложнения:

Сопутствующие заболевания		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	

Внешняя причина при травмах (отравлениях)

	код по МКБ-10	
--	---------------	--

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению

Листок нетрудоспособности

Зав. отделением		Лечащий врач	
-----------------	--	--------------	--

стр. 9 ф. № 025/у

28. Заключение врачебной комиссии

Дата	
------	--

Жалобы и динамика состояния

Проведенное обследование и лечение

Диагноз основного заболевания:		код по МКБ-10	
--------------------------------	--	---------------	--

Осложнения:

Сопутствующие заболевания		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	

Внешняя причина при травмах (отравлениях)

	код по МКБ-10	
--	---------------	--

Заключение врачебной комиссии:

Рекомендации

Председатель		Члены комиссии		
--------------	--	----------------	--	--

29. Диспансерное наблюдение

Дата
 Жалобы и динамика состояния

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия

Диагноз основного заболевания:		код по МКБ-10	
--------------------------------	--	---------------	--

Осложнения:

Сопутствующие заболевания		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	
		код по МКБ-10	

Внешняя причина при травмах (отравлениях)

	код по МКБ-10	
--	---------------	--

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации

Врач

30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

33. Результаты функциональных методов исследования:

34. Результаты лабораторных методов исследования:

35. Эпикриз

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских
вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и
медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи.**

Я, _____ г. рождения,

зарегистрированный по

адресу-----

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень (см. ниже) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) **в обществе с ограниченной ответственностью «СИАМ Белгород».**

Медицинским работником----- в
доступной для меня форме

(должность, Ф.И.О. медицинского работника или печать врача)

мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(подпись)

(Ф.И.О.гражданинаилизаконногопредставителягражданина)

(подпись)

(Ф.И.О.медицинскогоработника илипечать врача)

«-----» -----201 г.

(дата оформления)

ПЕРЕЧЕНЬ

**ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

2.

(подпись)

гражданина)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся)

Ф. И. О. полностью
проживающий по адресу

по месту регистрации

паспорт №

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку

ООО «СИАМ Белгород», г. Белгород, ул. Костюкова д.36 «г»

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией - _____

(название организации)

и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут, осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ действует бессрочно

Дата

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я даю (не даю) (нужное подчеркнуть) согласие на получение рекламных и новостных сообщений о продуктах, услугах и деятельности ООО «СИАМ Белгород» путем рассылки писем на мой адрес электронной почты и смс сообщений на телефонный номер, указанный ниже.

Контактный(е) телефон(е) и почтовый адрес. Подпись субъекта персональных данных.