

МЕДИЧНА КАРТКА

особи похилого віку/особи з інвалідністю яка потребує надання соціальних послуг

Назва лікувальної установи, що видала картку _____

_____ район _____ місто _____

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Рік народження _____

Домашня адреса _____

Стан здоров'я _____

Висновок лікарів спеціалістів (з зазначенням основного і супутнього діагнозу наявності ускладнень, відомостей про перенесені захворювання, наявності чи відсутності показань для стаціонарного лікування):

Терапевта _____

Фтизіатра _____

Дермато-венеролога _____

Окуліста _____

Стоматолога _____

Психіатра _____

Результати аналізу на кишкову групу (з зазначенням № і дати аналізу)

“ _____ ” _____ 20 ____ р. _____