

Министерство здравоохранения РФ

Учетная ф. № 25
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16.07.1954 г.

наименование лечебного учреждения

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

№ или шифр карты

Фамилия, имя, отчество

Муж.

Дата рождения (год, месяц)

Жен.

Адрес больного

улица
переулок

дом
корпус

Кв.

Место работы

подпись

Профессия или должность

ПЕРЕМЕНА АДРЕСА И МЕСТА РАБОТЫ

Перемена адреса		Перемена адреса работы	
дата	новый адрес	дата	новое место работы

Карта начата «__» ____ 20 г.

Закончена «__» ____ 20 г.

Причины окончания карты

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Дата взятия на учет	По поводу	Дата снятия с учета	Причина снятия