

**Медицинская карта  
престарелого (инвалида), оформляющегося в специальный дом для  
ветеранов**

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Состояние здоровья \_\_\_\_\_

(способность к полному или частичному самообслуживанию)

Заключение врачей – специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях):

Терапевт \_\_\_\_\_

Фтизиатр \_\_\_\_\_

(штамп флюорографии)

Хирург \_\_\_\_\_

Дермато венеролог \_\_\_\_\_

Окулист \_\_\_\_\_

Нарколог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

(ВКК уполномоченной медицинской организации, с указанием типа учреждения социального обслуживания)

Результаты анализов (с указанием № и даты):

Кровь на RW \_\_\_\_\_

Сведения о профилактических прививках \_\_\_\_\_

Справка об отсутствии инфекционных заболеваний \_\_\_\_\_

(есть/нет)

М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Главный врач \_\_\_\_\_

**Противопоказаниями к проживанию в специальном доме для ветеранов являются:**

- состояние здоровья, не обеспечивающее возможность полного или частичного самообслуживания;
- наличие психических, инфекционных и онкологических заболеваний с наличием метастазов и рецидивов злокачественной опухоли; алкоголизм, наркомания;
- наличие заразных форм кожных, венерических заболеваний, туберкулеза и других заболеваний, подлежащих лечению в специализированных стационарных учреждениях здравоохранения.