

		Код форми за ЗКУД <input type="text"/>
		Код закладу за ЗКПО <input type="text"/>

{ Форму N 025-6/о "Талон амбулаторного пацієнта" виключено на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я N 855 (v0855282-12) від 31.10.2012 }

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Затверджена наказом МОЗ України <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> р. N <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

ТАЛОН

амбулаторного пацієнта

1. Код лікаря, який розпочав лікування
2. Код терапевтичної дільниці
3. Прізвище, ініціали пацієнта _____
4. Стать: чол. - 1; жін. - 2
5. Дата народження
(число, місяць, рік)
6. Адреса: вул. _____ буд. N _____ корп. _____ кв. _____
7. Працює: так - 1; ні - 2
8. Контингенти: інваліди війни - 1; учасники війни - 2; учасники бойових дій - 3; інші інваліди - 4; ліквідатори аварії на ЧАЕС - 5; евакуйовані - 6; жителі, які проживають на території радіоекологічного контролю - 7; діти, які, народилися від батьків 1 - 3 груп, постраждалих від аварії на ЧАЕС - 8
9. Мета обслуговування: лікувально-діагностична - 1; консультативна - 2; диспансерний нагляд - 3; профогляд - 4; медико-соціальна - 5; інша - 6
10. Випадок обслуговування: первинний - 1; повторний - 2

11. Місце обслуговування	Дати відвідувань (число, місяць)	Всього відвідувань
Поліклініка		
Вдома		

12. Діагноз заключний:

за МКХ-X
основний _____
супутні _____

Код

Для коленого із захворювань: гостре захворювання - 1; вперше зареєстроване хронічне - 2; раніше відоме хронічне - 3; загострення хронічного - 8

13. Травми

пов'язані з виробництвом: в промисловості - 1; в сільському господарстві - 2; дорожньо-транспортні - 3; інші - 4;

не пов'язані з виробництвом: побутові - 5; вуличні - 6; дорожньо-транспортні - 7; спортивні - 8; шкільні - 9; інші - 10.

14. Оперативна допомога (операції) виконана на прийомі _____

15. Диспансеризація: перебуває на обліку, група (1, 2, 3)
взятий(а) на облік, група (1, 2, 3) _____

Знятий(а) з обліку _____
(число, місяць, рік)

Знятий з обліку з причини: поліпшення - 1; смерті - 2;
вибув(ла) - 3; зміни діагнозу - 4

Дата наступної явки _____
(число, місяць, рік)

16. Інвалідність: встановлена вперше (гр. 1, 2, 3)
в т. ч. потерпілі від аварії на ЧАЕС (гр. 1, 2, 3)
підтверджена (гр. 1, 2, 3)

17. Документ про тимчасову непрацездатність
лікарняний листок виданий _____

місяць, рік) _____ (число,

закритий _____ (число,

місяць, рік) _____ (число,

довідка видана _____ (число,

місяць, рік) _____ (число,

закрита _____ (число,

місяць, рік)

18. Результат лікування: одужання - 1; поліпшення - 2; без змін - 3; госпіталізація в стаціонар - 4;
помер - 5; санаторно-курортне - 6; реабілітація - 7

19. Випадок обслуговування: закінчений - 1;
незакінчений - 2

20. Код лікаря, який закінчив лікування _____

Підпис _____

Дата "___" _____ р.