

1) Инвалид ВОВ (СА)	уд.№		Код диагноза по МКБ-10
2)Участник ВОВ	уд.№		Медицинская
3)Инвалид Труда	серия	МСЭ	документация
4)Категория льготности			форма № 025/у-87

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

наименование лечебно-профилактического учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Страховой полис серия_____номер_____

М Ж

1.Фамилия_____

2.Имя, Отчество_____

3.Дата рождения_____

4.Тел _____подъезд _____этаж _____код _____

5.Адрес_____

6.Место работы(учебы)_____профессия_____

