

Адрес _____

Код по МКБ-10 _____

16. Контроль посещений:

[illegible]

Даты посещений										
Назначено явиться										
Явился(лась)										
Даты посещений										
Назначено явиться										
Явился(лась)										

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	Ф.И.О. врача

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия

№ п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	Ф.И.О. врача

Подпись врача _____

Форма 030/у заполняется в соответствии с приказом:

Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 09.01.2018) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их..."

Приложение N 6

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

ПОРЯДОК

ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У "КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА

ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ"

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175963/fee72e57463b666b25eff8600b7e268304b685d4/

Распечатывается на одном листе с разных сторон, вырезается по размеру формы. Печать и подпись лечащего врача, на первой странице прямоугольная печать поликлиники, сзади в конце – круглая печать поликлиники.