

№	Наименование	Ед. изм	Кол-во
1	Индивидуальная карта предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров	шт.	100
2	Акт рейда наркологического контроля	шт.	500
3	Отчет о проведении наркологического контроля	шт.	500
4	Журнал регистрации платных услуг	шт.	2
5	Направление на оплату	шт.	500
6	Личная медицинская карта АКУ-23	шт.	500
7	Справка для получения путевки	шт.	500
8	Санаторно-курортная карта	шт.	1000
9	Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг	шт.	100
10	Журнал требований в билетную группу	шт.	3
Итого:			3705

Форма АКУ-23
(хранится в делах врачебно-экспертной комиссии)

Место для
личной
фотографии

Паша

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____

ЧУЗ «РЖД-Медицина» города Брянск»

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Место работы _____

Профессия (должность) _____

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные осмотра и заключение терапевта

Жалобы на _____
Анамнез _____

Рост _____ Вес _____ ИМТ _____
Модифицированные факторы риска за межкомиссионный период _____

Данные физикального обследования:
Состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек _____

Периферические лимфатические узлы _____
Щитовидная железа _____
Органы дыхания _____

ЧДД _____ в 1 мин
Органы кровообращения _____

АД правая рука _____ мм рт.ст. АД левая рука _____ мм рт.ст.
ЧСС _____ уд/мин, характеристики пульса _____
Органы пищеварения _____

Органы мочеполовой системы _____

Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований и их динамика (норма или описать патологические изменения):

Общий анализ крови _____
Клинический анализ мочи _____
Уровень глюкозы _____ ммоль/л Уровень холестерина _____ ммоль/л
ЭКГ _____
Флюорография _____
Другие исследования _____

Оценка риска _____
Диагноз: _____

Заключение: годен _____
(профессия/должность, № приказа, срок переосвидетельствования)
не годен _____

(профессия/должность, № пункта (статьи) приказа)
Индивидуальные рекомендации _____

Дата _____ Подпись _____ ()

Данные осмотра и заключение хирурга

Жалобы на _____

Анамнез _____

Состояние кожных покровов (рубцы, новообразования) _____

Состояние периферических лимфатических узлов _____

Состояние молочных желез _____

Состояние костно-мышечной системы _____

Состояние передней брюшной стенки и органов брюшной полости _____

Состояние заднепроходного отверстия, исследование «per rectum» _____

Состояние периферических артерий и вен _____

Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований и их динамика (норма или описать патологические изменения) _____

Диагноз: _____

Заключение: годен _____

(профессия/должность, № приказа, срок пересвидетельствования)

не годен _____

(профессия/должность, № пункта (статьи) приказа)

Индивидуальные рекомендации _____

Дата _____ Подпись _____ ()

Услуга: 500 шт

Поликлиника №4 на ст. Унеча ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Брянск»

Направление на оплату за мед. услуги

Ф. И. О. _____

Место работы _____

Профессия _____

Приказ № _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

ИТОГО К ОПЛАТЕ: _____

Отчёт о проведённых рейдах наркологического контроля на употребление алкоголя ,наркотических средств и психотропных веществ в АПП №4 на ст.Унеча

[illegible]

к Положению о системе мероприятий по противодействию алкопотреблению и наркопотреблению среди работников ОАО «РЖД» в рабочее время

рейда наркологического контроля

1. _____
2. _____
3. _____

(фамилии, имена, отчества, должности, подписи членов бригады наркоконтроля)

1. _____
2. _____
3. _____

(указать названия станций, структурных подразделений, рабочих мест, где проведен рейд)

Результаты рейда наркологического контроля

[illegible]

Адрес _____

Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

“ ” 20 года

1. Фамилия, имя, отчество пациента(ки)

2. Пол	1. Мужской	☐	2. Женский	☐	3. Дата рождения			.			.					
--------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации

район	город	населенный пункт
-------	-------	------------------

улица _____ дом _____ квартира _____

5. Идентификационный номер в системе ОМС

6. Субъект Российской Федерации
(код субъекта Российской Федерации)

7. Ближайший субъект Российской Федерации
(код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)

8. Климат в месте проживания

9. Климатические факторы в месте проживания

10. Код льготы

--	--	--

 11. Сопровождение **

--

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг

Номер	Серия	Дата выдачи			.		.	2	0	
-------	-------	-------------	--	--	---	--	---	---	---	--

[illegible]

14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

1. Санаторно-курортная организация

2. ОГРН СКО

3. Фамилия, имя, отчество пациента(ки)

4. Период санаторно-курортного лечения: с

--	--	--	--	--

 по

--	--	--	--	--

5. Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

5.1. Основное заболевание	код по МКБ-10
---------------------------	---------------

5.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10

5.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности

6. Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

6.1. Основного заболевания	код по МКБ-10
----------------------------	---------------

6.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10

код по МКБ-10

5000

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма № 070/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Справка № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение *
“ _____ ” _____ 20 ____ года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение

1. Фамилия, имя, отчество _____	
2. Пол	1. Мужской ☐ 2. Женский ☐
3. Дата рождения _____	
4. Место регистрации _____	
5. Идентификационный номер в системе ОМС _____	
6. Субъект Российской Федерации ☐ (код субъекта Российской Федерации)	
7. Ближайший субъект Российской Федерации ☐ (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)	
8. Климат в месте проживания ☐	
9. Климатические факторы в месте проживания ☐	
10. Код льготы ☐	
11. Сопровождение ** ☐	
12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг	
Номер _____	Серия _____ Дата выдачи _____
13. СНИЛС _____	
14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях / № медицинской карты стационарного больного _____	
15. Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию _____ код по МКБ-10 _____	
16. Связано ли с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга: 1 – да, 2 – нет	
17. Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____ код по МКБ-10 _____	
18. Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____ код по МКБ-10 _____	
Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют	
19. Рекомендуемое лечение	
1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации ☐ 2. Амбулаторно ☐	
20. Предпочтительное место лечения	_____
	(указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)
21. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима ☐ Весна ☐ Лето ☐ Осень ☐	
22. Лечащий врач (врач-специалист) _____	
23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) _____	

М.П. _____

* Справка действительна в течение 12 месяцев.
** Заполняется, если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и к детям-инвалидам.

100 лет

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, нижеподписавшийся(-ая), _____

_____ года рождения

в соответствии со статьями 19, 20 Основ законодательства РФ об
охране здоровья граждан от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ настоящим
подтверждаю свое желание получить платную медицинскую услугу

в отделении _____

Частное учреждение здравоохранения «Больница «РЖД-Медицина»
города Брянск»

Я проинформирован(-а) врачом о нижеследующем:

- о том, что данная медицинская услуга входит в Программу
государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной
медицинской помощи предоставляется в государственных и
муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно.

И имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на все
вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Получив полную информацию о данной медицинской услуге и
о порядке ее оказания, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех
терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю
решение.

Пациент _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту порядок оказания
данной медицинской услуги, дал ответы на все вопросы.

Врач _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Змб 4100

ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Брянск»

ЖУРНАЛ
требований в билетную группу
(бюро)

Начат _____ 20 г.

Окончен _____ 20 г.

[illegible]

[illegible]

Данные осмотра и заключение дерматовенеролога

Жалобы на _____

Анамнез _____

Состояние кожи и видимых слизистых оболочек _____

Состояние периферических лимфатических узлов _____

Диагноз: _____

Заключение: годен _____

(профессия/должность, № приказа, срок переосвидетельствования)

не годен _____

(профессия/должность, № пункта (статьи) приказа)

Индивидуальные рекомендации _____

Дата _____ Подпись _____ (_____)

Данные осмотра и заключение профпатолога

Диагноз: _____

Заключение: годен _____

(профессия/должность, № приказа, срок переосвидетельствования)

не годен _____

(профессия/должность, № пункта (статьи) приказа)

Индивидуальные рекомендации _____

Дата _____ Подпись _____ (_____)

**Заключение врачебной психиатрической комиссии и
(или) данные осмотра психиатра (психиатра-нарколога)**

Данные осмотров и заключения других специалистов