

Приложение N 7  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 13 мая 2025 г. N 274н

Наименование и адрес медицинской  
организации  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
индивидуального предпринимателя и  
адрес  
осуществления медицинской  
деятельности)  
Основной государственный  
регистрационный  
номер  
(Основной государственный  
регистрационный  
номер индивидуального  
предпринимателя)

Медицинская документация  
Учетная форма N 072/у  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 13 мая 2025 г. N 274н

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА N \_\_\_\_\_

" \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение. Без настоящей карты путевка недействительна

Фамилия,                    имя,                    отчество                    (при                    наличии)                    пациента

\_\_\_\_\_

Дата рождения: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Пол: муж. - 1, жен. - 2

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации  
район \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_ строение/корпус \_\_\_\_ квартира \_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации  
район \_\_\_\_\_ населенный

пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_  
строение/корпус \_\_\_\_ квартира \_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Полис                    обязательного                    медицинского                    страхования:

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования " \_\_ " \_\_\_\_\_  
20\_\_ г. \_\_

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или  
определенной \_\_\_\_\_ застрахованному \_\_\_\_\_ лицу

Код субъекта Российской Федерации \_\_\_\_\_

Климат в месте проживания пациента (код) \_\_\_\_\_

Климатические факторы в месте проживания пациента (код) \_\_\_\_\_

Код меры социальной поддержки \_\_\_\_\_

Сопровождение: да - 1, нет - 2 \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде набора  
социальных услуг:

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_

-----  
-----  
линия отреза

Подлежит возврату в медицинскую организацию, выдавшую санаторно-курортную карту

Обратный талон

Наименование \_\_\_\_\_ санаторно-курортной \_\_\_\_\_ организации

Основной \_\_\_\_\_ государственный \_\_\_\_\_ регистрационный \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ санаторно-курортной  
организации \_\_\_\_\_

Фамилия, \_\_\_\_\_ имя, \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_ (при \_\_\_\_\_ наличии) \_\_\_\_\_ пациента

Период санаторно-курортного \_\_\_\_\_ лечения: с " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по " \_\_ "  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

Основное \_\_\_\_\_ заболевание \_\_\_\_\_

код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) \_\_\_\_\_

Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Внешняя причина (при травмах, отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

*оборотная сторона ф. N 072/у*

Жалобы

---

---

---

---

---

Анамнез заболевания (включая данные о предшествующем лечении, в том числе санаторно-курортном)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты проведения исследований)



---

---

---

---

---

---

---

---

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: \_\_\_\_\_ код по МКБ

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наименование санаторно-курортной организации

---

Лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации - 1, амбулаторно - 2

Продолжительность курса лечения \_\_\_\_\_ дней

Путевка N \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, заполнившего карту

---

---

---

---

Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии)

\_\_\_\_\_  
фамилия, подпись  
имя,                    ь  
отчество (при  
и наличии)

М.П. (при наличии)

---

---

линия отреза

Проведено \_\_\_\_\_ лечение

---

