

наименование ЛПУ _____

**Медицинская карта
гражданина, оформляемого на реабилитацию
В ОГБУ «ЦР «Сосновый бор» (Липецкая область)**

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Группа инвалидности _____

Адрес регистрации _____

Дата заполнения _____

Специальность	Заключение врача	Личная подпись и печать врача
Терапевт		
Психиатр		
Дерматовенеролог		
Уролог (для инвалидов с нарушениями функций тазовых органов)		
По показаниям другие специалисты (офтальмолог, отоларинголог, невролог, кардиолог, хирург, травматолог, онколог и др.)		

Главный врач ЛПУ
МП _____

подпись _____

ФИО _____