

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР



ВИТА 1" ООД ПЛЕВЕН

Гр. Плевен ул."Хан Кубрат" №1, ет. III офис 41
E-mail: vilimi1959@abv.bg, тел. 064/800 761

КАРТА ЗА ПРОФИЛАКТИЧЕН ПРЕГЛЕД

На (три имена) ЕГН възраст: год.....
ръст: см, тегло: кг, БМИ служител на БНБ гр. Плевен (дължност)

Име на личен лекар: Телефон на личен лекар:

Давам съгласие за обработване на личните ми данни съгласно закона за защита на личните данни.

При необходимост от спешно диагностично уточнение и/или лечение, очаквам да бъда информиран на телефон:
дата: подлес:

РИСКОВИ ФАКТОРИ

Хранене: пъти дневно; суха храна- ДА / НЕ; топла храна-ДА / НЕ ; Минали
пикантна храна ДА / НЕ; солена храна ДА / НЕ;

заболявания:.....

Физическа активност: ДА / НЕ

.....

Стрес- ДА / НЕ

Фамилна обремененост: артериална хипертония/диабет/исхемична

Тютюнопушене: НЕ / ДА -(бр.) цигари дневно отгодини

болест на сърцето/онкологично заболяване/друго:.....

Алкохол: НЕ / ДА, вид ; Кол./вогр./ден;

ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ

1. Интернист: Име и фамилия..... УИН.....

Кратки анамнестични данни

Ендокринна система

Инвалидност НЕ / ДА: водеща диагноза по МКБ % загубена работоспособност до год.

Костно-мускулна система

Кожа и лигавици:

Щитовидна жлеза

Периферни лимфни възли:

Храносмилателна система

Дихателна система:

Отделителна система

CCC:

Основно заболяване Код по МКБ Код по МКБ

Пулс: RR:

Придръжаващо заболяване Код по МКБ Код по МКБ

EKG

Новооткрито заболяване Код по МКБ Код по МКБ

Необходими консултации:

Кардиолог	<input type="checkbox"/>	Пулмолог	<input type="checkbox"/>	Уролог	<input type="checkbox"/>	Мамолог	<input type="checkbox"/>
Гастроентеролог	<input type="checkbox"/>	Хирург	<input type="checkbox"/>	Дерматолог	<input type="checkbox"/>	Невролог	<input type="checkbox"/>
Ендокринолог	<input type="checkbox"/>	Ортопед	<input type="checkbox"/>	АГ	<input type="checkbox"/>	Друг	<input type="checkbox"/>

Необходими изследвания:

Ехокардиография	<input type="checkbox"/>	Рентг.изследвания	<input type="checkbox"/>	ЕЕГ	<input type="checkbox"/>	Доплер	<input type="checkbox"/>
Велотест	<input type="checkbox"/>	КАТ	<input type="checkbox"/>	ЕМГ	<input type="checkbox"/>	Други	<input type="checkbox"/>
Ехография на корем	<input type="checkbox"/>	Лаб. изследвания	<input type="checkbox"/>	ФИД	<input type="checkbox"/>		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Клинично здрав: ДА / НЕ Дата:

Подпись:

Информацията е
заличена на
основание на чл. 2,
ал. 1 от Закона за
защита на личните
данни

3. Офтальмолог: Име и фамилия..... УИН.....

Анамнеза:.....

Необходими консултации / изследвания:.....

Визус: дясното око..... / лявото око

Основно заболяване..... МКБ

Визус 50-70 см: дясното око..... / лявото око

Новооткрито заболяване:..... МКБ

Цветоусенчане:.....

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Клинично здрав: ДА / НЕ Дата: Подпись:.....

5. Акушер гинеколог: Име и фамилия..... УИН.....

Анамнеза:.....

Цитонамазка:.....

Обективно:.....

Диагноза:..... МКБ

Необходими консултации/ изследвания:.....

Новооткрито заболяване:..... МКБ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Клинично здрав: ДА / НЕ Дата: Подпись:.....

5.Уролог: Име и фамилия..... УИН.....

Обективно:.....

Ехография на простатна жлеза:.....

Обективно:.....

Необходими консултации / изследвания:.....

Диагноза: МКБ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Клинично здрав: ДА / НЕ Дата: Подпись:.....

8. Лабораторни изследвания

ПКК
СУЕ
Глюкоза
Холестерол

Креатинин
Триглицериди
Урина – пълно изследване

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

ДИАГНОЗА:

**НОВООТКРИТИ
ЗАБОЛЯВАНИЯ:**

дата: лекар: (име, длъжност, подпись, печат)

МЗ

(здравно заведение)

Лекар

гр. (с.) 200... год.

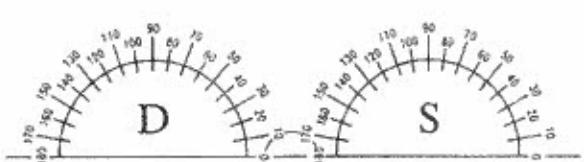
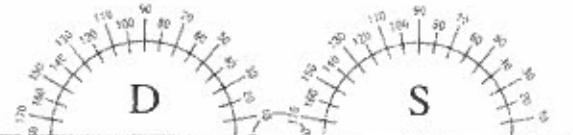
МЗ

(здравно заведение)

Лекар

гр. (с.) 201... год.

Rp./		Sph	Cyl	Ax	Dp mm	D mm
далече	близо	o.d.				
		o.s.				
		o.d.				
		o.s.				
		o.d.				
		o.s.				



Стъкла

Рамки

За

от гр. (с.)

ул. (област)

адрес

При повторно издаване да се носи рецептата.

Стъкла

Рамки

За

от гр. (с.)

ул. (област)

адрес

При повторно издаване да се носи рецептата.