

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР



ВИТА 1" ООД ПЛЕВЕН

Гр. Певен ул."Хан Кубрат"№1 ,ет. III офис 41

E-mail: vilimil959@abv.bg ,тел. 064/800 761

КАРТА ЗА ПРОФИЛАКТИЧЕН ПРЕГЛЕД

На (три имена) ЕГН възраст: год.....
ръст:см, тегло:кг ,БМИслужител на БНБ гр. Плевен (длъжност)

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:..... подпис:.....

РИСКОВИ ФАКТОРИ

Хранене: ___ пъти дневно; суха храна- ДА / НЕ; топла храна-ДА / НЕ ;
пикантна храна ДА / НЕ; солена храна ДА / НЕ;
Физическа активност: ДА / НЕ
Стрес- ДА / НЕ
Тютюнопушене: НЕ / ДА -(бр.) цигари дневно отгодини
Алкохол: НЕ / ДА, вид: Кол./вогр./ден;

Минали
заболявания:.....
.....
Фамилна обремененост: артериална хипертония/диабет/исхемична
болест на сърцето/онкологично заболяване/друго:.....

ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ

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

Кратки анамнестични данни
Инвалидност НЕ / ДА: водеща диагноза по МКБ ☐ ☐ ☐
.....% загубена работоспособност догод.
Кожа и лигавици:
Периферни лимфни възли:
Дихателна система:
ССС:
Пулс:.....RR.....
EKG

Ендокринна система
Костно-мускулна система
Щитовидна жлеза
Храносмилателна система
Отделителна система
Основно заболяване Код по МКБ ☐ ☐ ☐
Придружаващо заболяване Код по МКБ ☐ ☐ ☐
Новооткрито заболяване..... Код по МКБ ☐ ☐ ☐

Необходими консултации:
Кардиолог ☐ Пулмолог ☐ Уролог ☐ Мамолог ☐
Гастроентеролог ☐ Хирург ☐ Дерматолог ☐ Невролог ☐
Ендокринолог ☐ Ортопед ☐ АГ ☐ Друг ☐

Необходими изследвания:
Ехокардиография ☐ Рентг.изследвания ☐ ЕЕГ ☐ Доплер ☐
Велотест ☐ КАТ ☐ ЕМГ ☐ Други ☐
Ехография на корем ☐ Лаб. изследвания ☐ ФИД ☐

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

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

3. Офталмолог: Име и фамилия..... УИН.....

Анамнез:.....

Визус: дясно око..... / ляво око.....

Визус 50-70 см.: дясно око..... / ляво око.....

Цветоусещане:.....

Необходими консултации / изследвания:.....;

Основно заболяване:.....МКБ ☐ ☐ ☐

Новооткрито заболяване:.....МКБ ☐ ☐ ☐

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

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

Анамнез:.....

Обективно:.....

Необходими консултации / изследвания:.....

Цитонамазка:.....

Диагноза:.....МКБ ☐ ☐ ☐

Новооткрито заболяване:.....МКБ ☐ ☐ ☐

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

5. Уролог: Име и фамилия..... УИН.....

Обективно:.....

Ехография на простатна жлеза:.....

Обективно:.....

Необходими консултации / изследвания:.....

Диагноза:.....МКБ ☐ ☐ ☐

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

8. Лабораторни изследвания

ПКК

СУЕ

Глюкоза

Холестерол

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ДИАГНОЗА:.....

НОВООТКРИТИ

ЗАБОЛЯВАНИЯ:.....

дата:

Креатинин

Триглицериди

Урина – пълно изследване

лекар: (име, длъжност, подпис, печат)

МЗ
(здравно заведение)

Лекар
гр. (с.) 201.... год.

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



Стъкла

Рамки

За

от гр. (с.)

ул. (област)

адрес

При повторно идване да се носи рецептата.

МЗ
(здравно заведение)

Лекар
гр. (с.) 200.... год.

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



Стъкла

Рамки

За

от гр. (с.)

ул. (област)

адрес

При повторно идване да се носи рецептата.