

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТОЧКА БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ-БЕЖЕНЦА ДЛЯ
ПАТРОНАЖНОЙ СЕСТРЫ**

(заполните форму печатными буквами)

Имя:

Место рождения: страна

..... населенный пункт

Дата рождения: год месяц день

Имя, фамилия матери:

Контакты (телефон):

Место нахождения в Венгрии: населенный пункт

..... почтовый индекс улица номер дома/.....

этаж/дверь

Принимающее учреждение (если есть):

.....

**Место оказания акушерско-гинекологической амбулаторной помощи по месту
нахождения:**

наименование:

адрес: нас. пункт, улица, номер

номер телефона:

Стационарная акушерско-гинекологическая больница по месту нахождения:

наименование:

адрес: нас. пункт, улица, номер

номер телефона:

Имя (семейного) врача общей практики, ответственного по месту нахождения:

.....

Адрес приема: **телефон:**

Время приема:

Дежурный (семейный) врач общей практики по месту нахождения:

местонахождение:

номер телефона:

Первый день последней менструации: год..... месяц..... день

Срок беременности при приеме (в неделях):

Количество известных плодов при текущей беременности:

Ожидаемая дата родов: год месяц день

Находится ли на учете в связи с беременностью: да нет

Количество предыдущих беременностей: роды мертворождение
..... самопроизвольный аборт искусственный выкидыш

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННОЙ:

Острые жалобы, симптомы:

.....
.....

Хронические заболевания, аллергия:

.....
.....

Принимаемые регулярно лекарства:

.....
.....

Имеются ли в наличии принимаемые регулярно лекарства: да нет

Прежние инфекционные заболевания:

.....
.....

Аварии, операции:.....

.....

Вакцинация:

Прививки против Ковида:

.....

Беременность по анамнезу: здоровая в группе риска

Направление к врачу: необходимо нет надобности

Контакт установлен:

с местным стационарным родильным домом:

с центром обеспечения благосостояния

детей:.....

с гражданской/благотворительной, церковной организацией поддержки:

.....

Дата:

Имя патронажной сестры: подпись:

основной регистрационный номер: место печати:.....