

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) \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

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, имя, отчество подпись  
(при наличии)

М.П. (при наличии)

-----  
линия отреза

Проведено лечение \_\_\_\_\_

(виды лечения, количество процедур, их переносимость, даты проведения санаторно-курортного лечения)

Эпикриз (включая данные обследования) \_\_\_\_\_

Результат санаторно-курортного лечения: значительное улучшение - 1,  
улучшение - 2, без перемен - 3, ухудшение - 4  
Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: да - 1, нет - 2  
Рекомендации по дальнейшему лечению: \_\_\_\_\_

Лечащий врач, должность врача-специалиста \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество подпись  
(при наличии))

Главный врач санаторно-курортной организации \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество подпись  
(при наличии))

М.П. (при наличии)