

	Forma Nr. 025/a patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. balandžio 2 d. įsakymo Nr. V-432 redakcija)
<i>sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, duomenys</i>	

AMBULATORINĖ ASMENS SVEIKATOS ISTORIJA

(vardas, pavardė, gimimo data)

Šeimos (apylinkės) gydytojo vardas, pavardė _____

Pradėta _____ m.

AMBULATORINĖ ASMENS SVEIKATOS ISTORIJA

A. k.

lytis		gimimo data							
		metai		mėnuo		diena			

Vardas, pavardė _____

Gimimo data _____ Lytis: moteris, vyras (pabraukti)

Gyvenamoji vieta _____

Telefono numeris, el. pašto adresas _____

Darbingumo lygis, specialieji poreikiai ir pan. _____

Kraujo grupė _____ rezus _____ perpylimai _____

Nuolat stebimas dėl ligos (TLK-10-AM kodas) _____

				.		
--	--	--	--	---	--	--

Chirurginis gydymas _____

Kiti svarbūs įrašai ((implantuotas elektrokardiostimuliatorius, galūnių protezai, epilepsija, hemofilija, diabetas ir t.t.) _

Persirgtos ligos (jeigu sirgo, žymėti ☒): miokardo infarktas ☐, insultas ☐, infekcinis hepatitas A ☐, B ☐, C ☐,
tuberkuliozė ☐, kraujo ligos ☐, inkstų ligos ☐, alergija ☐, nurodyti, kam _____

Artimų giminių ligos ar mirties priežastys _____

GALUTINĒS (PATIKSLINTOS) DIAGNOZĒS

[illegible]

INFORMACIJA APIE PROFILAKTINIUS SVEIKATOS PATIKRINIMUS

[illegible]

Gydytojo (kitų specialistų) įrašai

Data, laikas	Paciento nusiskundimai, anamnezė, objektyvūs duomenys, diagnozė ir gydymas	Paskyrimai (tyrimai, vaistai), nedarbingumo pažymėjimo Nr., nedarbingumo trukmė, gydytojo spaudas ir parašas
1	2	3