

	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.

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 giminaičių ligos ar mirties priežastys _____

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