

наименование учреждения
печать организации

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

- В _____
название и адрес учреждения, куда направляется выписка
1. Фамилия, имя, отчество больного _____
 2. Дата рождения _____
 3. Домашний адрес _____
 4. Место учебы, класс _____
 5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____
б) по стационару: поступления _____
Выбытия _____
 6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке _____

ОАК _____

ОАМ _____

ЭКГ _____

Кардиолог _____

Невропотолог _____

Окулист _____

ФГК (старше 14 лет) _____

Стоматолог _____

Лор _____

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

« ____ » _____ 202 ____ г.

Участковый врач (ВОП) _____

наименование учреждения
печать организации

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

- В _____
название и адрес учреждения, куда направляется выписка
1. Фамилия, имя, отчество больного _____
 2. Дата рождения _____
 3. Домашний адрес _____
 4. Место учебы, класс _____
 5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____
б) по стационару: поступления _____
Выбытия _____
 6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке _____

ОАК _____

ОАМ _____

ЭКГ _____

Кардиолог _____

Невропотолог _____

Окулист _____

ФГК (старше 14 лет) _____

Стоматолог _____

Лор _____

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

« ____ » _____ 202 ____ г.

Участковый врач (ВОП) _____