
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 работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____

б) по стационару: поступления _____
выбытия _____

5. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

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

ОАК _____

ОАМ _____

ЭКГ _____

ФГ _____

Данные рентгеновского обследования (при наличии) _____

Обследование гинеколога (для женщин) _____

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

"..." _____ 20 . . г.

Лечащий врач _____