

Минздрав РФ

Форма № 027/у

 наименование учреждения

ВЫПИСКА
из медицинской карты

амбулаторного, стационарного больного

В _____
 название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Фамилия, имя, отчество	_____

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	_____

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

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

8. Лечебные и трудовые рекомендации

« _____ » _____ 20 ____ г.

Лечащий врач

М.П.