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, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Лечебные и трудовые рекомендации

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

«_____» ___ 20 _____ г

Лечащий врач