
Наименование организации

ВЫПИСКА
из медицинских документов

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства _____

Место работы, учебы (профессия) _____

Выписка дана для предоставления _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее)

Диагноз основного заболевания _____

Диагноз сопутствующего заболевания _____

Проведенное лечение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Врач _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Заведующий структурным _____
подразделением (подпись) (инициалы, фамилия)