

\_\_\_\_\_  
наименование учреждения  
печать организации

**ВЫПИСКА**  
**из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного**  
**(подчеркнуть)**  
**в ФГБУ СКССРЦ МЧС России**

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 \_\_\_\_\_