Приложение 4.1.

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.**