

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я
ПІДПРИЄМСТВО
«ДИТЯЧА МІСЬКА ПОЛІКЛІНІКА №5»
ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
Найменування та місце знаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної
облікової документації
№ 027/о
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
14.02.2012 р. № 110

Код за ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ВИПИСКА із медичної картки амбулаторного (стаціонарного) хворого

у за містом Вишнею
(найменування і місце знаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого Ласінський Віктор
Вікторович

2. Дата народження (число, місяць, рік) 11.04.20

3. Місце проживання хворого: область Одеська, район Малинобзький,
місто (село) Одеса, вулиця М. Бабурманія, будинок 23, кв. 11

4. Місце роботи (посада) _____

5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі:
захворювання _____
направлення в стаціонар _____
б) у стаціонарі: надходження _____
виписки або смерті (підкреслити) _____
(число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):
D5: G80.0

