|  |  |
| --- | --- |
| Учреждение здравоохранения  "19-я городская детская поликлиника" г. Минска | Приложение 2 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь 09.07.2010 №92 1-здр/у10 |

**Выписка  
Из медицинских документов {{number\_cert}}**

Дана: {{name}}  
Дата рождения: {{ birth\_date }} Пол: {{ gender }}  
Место жительства: {{ address }}  
Выписка дана для предоставления: {{ place\_of\_requirement }}

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения):   
{{past\_illnesses}}  
Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее):   
{{additional\_medical\_information}}

Заключение: {{diagnosis}}

Рекомендации: {{recommendation}}   
Дата выдачи выписки: {{ date\_of\_issue }}   
Срок действия выписки: {{ validity\_period }}   
  
Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_ {{ doctor\_name}}  
 (подпись) (инициалы, фамилия)  
Руководитель организации (заведующий   
структурным подразделением,   
председатель комиссии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
М.П. (подпись) (инициалы, фамилия)