**(Наименование учреждения)**

(Реквизиты учреждения)

**КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Дата консультации: **01.01.2020**

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях №: **A123456**

Пациент: **Иванов Сергей Сергеевич** Контактный номер: **+79991234567**

Дата рождения: **01.01.1900** Пол: **мужской**

**Жалобы:**

**Анамнез заболевания:**

**Объективные данные и status localis:**

**Диагноз:** поле диагноза.

**Код диагноза по МКБ-10:** [A00.0]

**Рекомендации:** Учитывая (показания), больному показано проведение оперативного вмешательства, направленного на наименование квоты по ВМП 00.00.00.000/2006

**Врач нейрохирург: Петров Иван Иванович**