|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **uth,** | **ФГБОУ ВО Российский университет медицины**  **Министерства здравоохранения Российской Федерации**  **НОИС им. А. И. Евдокимова**  **Клиника ЦС и ЧЛХ** |
| 127206, г. Москва, ул. Вучетича 9а, стр.1, тел. 8-495-713-90-90 |

**ВЫПИСКА**

**из истории болезни №**

от г.

|  |
| --- |
| {name} |

(Фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата рождения: | {birth\_date} | |
| Адрес регистрации по месту жительства: | {address} | |
| Установлен клинический диагноз: | |  | | --- | | {diagnosis} | | |
| Anamnesis morbi: | {medical\_history} | |
| Status localis: | {status\_localis} | |
| Код диагноза по МКБ-10: | {diagnosis\_code} | |
| Решение комиссии: учитывая выше сказанное, комиссия пришла к заключению, что пациенту (пациентке) показана госпитализация для оказания специализированной в том числе высокотехнологичной медицинской помощи: «{recommendations}» | |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Саберов Р.З..\_\_\_  Подпись зам главного врача ФИО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /{fio\_lech}.  Подпись лечащего врача ФИО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_Тихонова И. В.  Подпись заведующего отделением ФИО |

МП