|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **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./Факс: (495) 713-90-90**  **E-mail: msmsu@msmsu.ru** |

Приложение

ВЫПИСКА

из истории болезни №

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_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 подкомиссии: показана госпитализация для оказания высокотехнологической медицинской помощи в объеме: «{recommendations}» | |

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

*МП*