

Лицевая сторона выписки (формат А5)

штамп МО

**ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ  
ДЛЯ ВРАЧА ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения (возраст) \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Диспансерный учет \_\_\_\_\_

Хронические заболевания \_\_\_\_\_

Травмы, операции, гемотрансфузии \_\_\_\_\_

Острые заболевания за последние 12 месяцев \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.                      Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Обратная сторона выписки (формат А5)**

Данные осмотра врачей-специалистов в течение последних 12 месяцев

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Результаты лабораторной, функциональной, инструментальной, лучевой диагностики за последние 12 месяцев (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Результат флюорографии легких (для детей старше 14 лет) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.                      Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Печать МО