

Дубинський

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
 Форма первинної облікової документації
№ 027/о
ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ МОЗ України
 1 4 0 2 1 2 № 1 1 0

Міністерство охорони здоров'я України
 Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма
КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» Запорізької обласної ради 69600, м. Запоріжжя, вул. Оріхівське шосе, 10А

Код за ЄДРПОУ **0 5 4 9 8 9 0 9**

ВИПISKA
із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого

у _____
 (найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого *Кузьмін Захар*

2. Дата народження **23 09 2011**
 (число, місяць, рік)

3. Місце проживання хворого: область *Запорізька*, район _____
 місто(село) *Запоріжжя*, вулиця _____, будинок _____, кв. _____

4. Місце роботи (посада) _____

5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі: захворювання _____ (число, місяць, рік)
 направлення в стаціонар _____ (число, місяць, рік)
 б) у стаціонарі: надходження _____ (число, місяць, рік)
 виписки або смерті (підкреслити) _____ (число, місяць, рік)

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):

*Оригінальний психічний розлад
 афективної сфери з
 переважною нерозв'язаною
 депресивною фазами
 F29 F34.8 F30.1*

