

Печать лечебного учреждения _____
Лечебное учреждение _____

Выписка из амбулаторной карты

Ф.И.О. _____
Год рождения _____
Перенесенные заболевания _____
Перенесенные травмы, операции _____
Состоит на диспансерном учете _____
АДС-М _____ Гепатит В _____
Заключительный диагноз (группа здоровья, физкультурная группа) _____
Дата _____ Подпись врача _____

Печать лечебного учреждения _____
Лечебное учреждение _____

Выписка из амбулаторной карты

Ф.И.О. _____
Год рождения _____
Перенесенные заболевания _____
Перенесенные травмы, операции _____
Состоит на диспансерном учете _____
АДС-М _____ Гепатит В _____
Заключительный диагноз (группа здоровья, физкультурная группа) _____
Дата _____ Подпись врача _____

Печать лечебного учреждения _____
Лечебное учреждение _____

Выписка из амбулаторной карты

Ф.И.О. _____
Год рождения _____
Перенесенные заболевания _____
Перенесенные травмы, операции _____
Состоит на диспансерном учете _____
АДС-М _____ Гепатит В _____
Заключительный диагноз (группа здоровья, физкультурная группа) _____
Дата _____ Подпись врача _____

Печать лечебного учреждения _____
Лечебное учреждение _____

Выписка из амбулаторной карты

Ф.И.О. _____
Год рождения _____
Перенесенные заболевания _____
Перенесенные травмы, операции _____
Состоит на диспансерном учете _____
АДС-М _____ Гепатит В _____
Заключительный диагноз (группа здоровья, физкультурная группа) _____
Дата _____ Подпись врача _____