

Учреждение здравоохранения «Брестская центральная городская больница»

Наименование организации

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

о состоянии здоровья

Дана _____ Иванову Ивану Ивановичу _____

(фамилия, собственное имя, отчество) (если таковое имеется)

Дата рождения _____ 07.01.1954г. _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

(число, месяц, год)

Место жительства (если таковое имеется) _____ г.Брест, ул. Лактионова 11-2 _____

Цель выдачи справки _____ для перерасчета платы за некоторые виды коммунальных услуг _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____ 15.01.2017г. _____

Срок действия справки _____ бессрочно _____

Врач-специалист _____ подпись _____ Сидоров Н.Н. _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Руководитель организации (заведующий структурным подразделением, председатель комиссии)

_____ подпись _____ Петров А.В. _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П

ВЫПИСКА

из медицинских документов

Дана _____ Иванову Ивану Ивановичу _____

(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ 07.01.1954г. _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

(число, месяц, год)

Место жительства _____ г. Брест, ул. Лактионова 11-2 _____

Место, работы, учебы (профессия) _____ СМУ-7 _____

Выписка дана для предоставления _____ в УЗ «БЦП» _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____ перечисляются анамнестические сведения _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____ R графия, ОГК (заключение), УЗИ сердца (заключение), ЭКГ (заключение), ОАК, ОАМ, биохим. анализ крови и т.д. _____

Диагноз:

а. основного заболевания _____ ИБС: стенокардия напряжения ФК I. Атеросклероз коронарных артерий аорты II _____

б. сопутствующего _____ Артериальная гипертензия II ст., риск 4. _____

Проведенное лечение _____ аспикард, аторвастатин, эналаприл, бисопролол, , _____

Рекомендации _____ аспикард 75 мг 1т п/у, эналаприл -5 мг. 1-0-1 п/еды, бисопролол-5 мг. 1/2 т. утром, аторвастатин 20 мг п/у. _____

Дата выдачи выписки _____ 15.03.2017г. _____

Врач _____ подпись _____
(подпись)

_____ Сидоров Н.Н. _____
(инициалы, фамилия)

Заведующий структурным
Подразделением _____ подпись _____
(подпись)

_____ Петров А.В. _____
(инициалы, фамилия)

М.П.