

ВЫПИСКА
из медицинских документов пациентов*

Пациентка

Ф.И.О. _____
Дата рождения _____
Место жительства _____
Контактный телефон _____
Полис ОМС _____

Муж/партнер пациентки

Ф.И.О. _____
Дата рождения _____

1. Жалобы _____
2. Аллергологический анамнез _____
3. Гемотрансфузий _____
4. Наследственный анамнез _____
5. Лues, туберкулез, гепатиты _____
6. Перенесенные болезни _____
7. Гинекологические заболевания _____
8. Менструальная функция _____
9. Репродуктивная функция: беременностей - ____, родов - ____, аборт - ____,
регрессирующие беременности - ____, выкидыши - _____.

№	Год	Беременность	Особенности течения

Перенесенные операции:

Год	Диагноз, показания	Операция	Описание и особенности операции

Попытка ЭКО

Год	Место проведения	Протокол	Результат

10. Результаты обследования (согласно приложению 4 к настоящему распоряжению)

Клинический диагноз (по МКБ X) _____
Сопутствующий диагноз _____

Заключение _____
Дата заполнения _____

ФИО лечащего врача _____ подпись _____
ФИО руководителя учреждения _____ подпись _____

Печать учреждения

*-медицинские документы предоставляются пациентом на Комиссию самостоятельно (очно) по предварительной записи.