

Наименование медицинского учреждения: _____

Полный почтовый адрес: _____

Телефон/факс: _____

Адрес электронной почты (желательно): _____

Выписка из амбулаторной карты

Настоящая выписка выдана для предоставления в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» в рамках ответа на запрос, направленный пациенту\представителю пациента\лечебное учреждение (*нужное подчеркнуть*) исх. № _____ от _____.

1. Фамилия, имя, отчество пациента: _____

2. Дата рождения пациента: _____

3. Адрес фактического проживания пациента: _____

4. Даты обращений в медицинскую организацию за последние пять лет (**если пациент ранее не обращался за медицинской помощью, то см. п.5**):

Дата обращения (в формате дд.мм. гggg)	Врач	Специальность	Код диагноза по МКБ-10	Полный клинический диагноз

5. Обращений не было/на учете не состоял (*нужное подчеркнуть*)

Подпись уполномоченного
Сотрудника с расшифровкой

Печать лечебного
учреждения