

Угловой штамп лечебного учреждения

СПРАВКА № \_\_\_\_\_

Выдана \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., проживающий(-ая) по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ в том, что он(-а) находился(-лась) на  
амбулаторном/стационарном лечении (нужное подчеркнуть) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование лечебного учреждения)  
с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. по поводу

\_\_\_\_\_ (указать клинический диагноз)

Анамнез \_\_\_\_\_  
(указать дату и обстоятельства при которых произошла травма)Локальный статус \_\_\_\_\_  
(указать внешние признаки травмы: повреждение кожных покровов, отек, вывих, перелом и пр.)

Медицинские мероприятия \_\_\_\_\_

Проводились ли исследования крови, мочи на содержание алкоголя, наркотических веществ

\_\_\_\_\_ (указать дату исследования, результаты)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Лечащий врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО /подпись) печать врача

М.П.