

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації
	№ 027/о
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО
Код за ЄДРПОУ	Наказ МОЗ України №
ВИПИСКА	
із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого	
У (найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)	
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого	
2. Дата народження (число, місяць, рік)	
3. Місце проживання хворого: область, район, місто(село), вулиця, будинок, кв.	
4. Місце роботи (посада)	
5. Дати: а) в амбулаторно-поліклінічному закладі: захворювання, направлення в стаціонар, б) у стаціонарі: надходження, виписки або смерті (підкреслити)	
6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):	

8. Лікувальні і трудові рекомендації

“ ” 20 року

(прізвище, підпис)