|  |  |
| --- | --- |
| Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija |  |
|  | ĮOK |
| *(įstaigos pavadinimas)* |  |
| **IŠRAŠAS IŠ MEDICININIŲ DOKUMENTŲ** | VDK |
|  | Forma Nr. 027/a |
| 20 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Įstaigos, kuriai siunčiamas išrašas, pavadinimas ir adresas |       |
|       |
|       |
|  | 1. Ligonio vardas, pavardė |       |
|  | 2. Gimimo data |       |
|  | 3. Namų adresas |       |
|  | 4. Darbovietė arba ugdymo institucija |       |
|       |
|  | 5. Datos: |       |
|  |  susirgimo |       |
|  |  siuntimo į stacionarą |       |
|  |  hospitalizavimo |       |
|  | 6. Diagnozė (pagrindinė liga, lydinčios ligos, komplikacijos) |       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 7. Ligos anamnezė, diagnostiniai tyrimai, ligos eiga, taikytas gydymas, ligonio būklė išrašant |       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|  | Rekomendacijos gydymui ir darbui |       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|  |
|  | **Gydantis gydytojas** |       |

 *(parašas) (v., pavardė)*