

PAVYZDYS

Forma Nr. 027/a patvirtinta
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2014 m. sausio 27d.
įsakymu Nr. V-120

sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, duomenys

MEDICINOS DOKUMENTŲ IŠRAŠAS / SIUNTIMAS

20. **23** m. **vasario** mėn. **10** d.

Specialistas ar institucija, kuriai siunčiamas išrašas, siuntimo tikslas

Lietuvos audiosensorinė biblioteka

1. Ligonio vardas, pavardė **Vardenis Pavardenis**

2. Gimimo data **1974-03-01**

3. Gyvenamoji vieta **Beržų g. 14, Radvilėnai**

4. Diagnozė (pagrindinė liga, jos funkcinė klasė, laipsnis; sutrikimas; kodas pagal TLK-10-AM).

H35.3 Geltonosios dėmės ir užpakalinio poliaus degeneracija

--	--	--	--	--	--

4.1. Gretutiniai susirgimai ir komplikacijos

5. Ligos anamnezė, diagnostiniai tyrimai, ligos eiga, taikytas gydymas, rekomendacijos dėl gydymo / darbo

Asmuo dėl esamų ligų sunkiai skaito spausdintą tekstą, rekomenduojamos garsinės knygos.

Gydantis gydytojas

(parašas)

(spaudas)