

Ուսանողական քարտի համարը

Հեռախոսահամար

Բժշկական կազմակերպության անվանումը

Ք Ա Ղ Վ Ա Ծ Ք

ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻՑ

Տրման օրը, ամիսը և տարին

Քաղաքացի՝

(անուն, ազգանուն, ծննդյան տարեթիվ)

Աշխատանքի վայրը

(բնակության վայրը, հեռախոսահամարը)

Հիվանդության ախտորոշումը, բարդությունները

Իրականացված լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունների արդյունքները

Նշանակված բուժումը

Նշանակված ռեժիմը

Տրված խորհուրդները

Ֆիզիկական կուլտուրա առարկայի դասավանդման խումբը

Բուժող բժիշկ՝

(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)

Բժշկական կազմակերպության տնօրեն

(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)

Կ.Տ.