

Приложение 2
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
21.08.2025 № 87

Наименование организации _____

Форма 1 мед/у-10

ВЫПИСКА
из медицинских документов № _____

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: _____

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) _____

Место работы, учебы (профессия) _____

Выписка дана для предоставления _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров,
обследований, сведения о профилактических прививках и прочее) _____

Диагноз основного заболевания _____

Диагноз сопутствующего заболевания _____

Проведенное лечение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи выписки _____

Врач-специалист _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Заведующий структурным
подразделением _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

М.П.¹

¹ Кроме случаев, когда в соответствии с законодательными актами печать может не использоваться.