

Печать лечебного учреждения

Дата

**Медицинское заключение
о состоянии здоровья**

Фамилия, имя, отчество.....

Дата рождения.....

Место жительства

Номер документа, свидетельства о рождении.....

Вес Рост

Диагноз основной.....

Диагноз сопутствующий.....

Заключение: противопоказания для проведения оперативного вмешательства под общим обезболиванием
отсутствуют

.....
Печать и подпись врача