

Формат А-5

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Муассаса номи

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2017 йил 25 декабрдаги № 777-сонли
буйруғи билан тасдиқланган
043 -рақамли тиббий хужжат шакли

ТИББИЙ МАЪЛУМОТНОМА № _____
(чет эл фуқаролари учун)

Берилди _____ га
(тўлиқ исми, шарифи, отасининг исми)

_____ фуқароси
(давлат номи)

Туғилган йили _____ Ёши _____

Жинси: эркак аёл Паспорт рақами _____

Ким томондан ва қачон берилган _____

Яшаш манзили _____

Даволанди _____
(тиббиёт муассаса номи)

Амбулатор шароитда Стационар шароитда
(тиббиёт муассасаси манзили)

20 ____ й. _____ дан 20 ____ й. _____ гача
(сана ва ой ёзув билан) (сана ва ой ёзув билан)

Ташҳис _____
(ташҳис номи)

Муассаса муҳри

Бош врач: _____
(имзо) (исми, шарифи, отасининг исми)

Даволовчи врач: _____
(имзо) (исми, шарифи, отасининг исми)

Маълумотнома берилган сана « _____ » _____ 20 ____ й.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**№043-форма медицинского учётного
документа, утверждённая приказом
Министра здравоохранения
Республики Узбекистан № ____
от ____ 2017 г.**

Наименование учреждения

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № _____
(для иностранных граждан)**

Выдана _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Гражданину _____
(название государства)

Год рождения _____ Возраст _____

Пол: мужской женский № паспорта _____

Кем и когда выдан _____

Место жительства _____

Лечился в _____
(название лечебного учреждения)

Амбулаторно Стационарно

(адрес лечебного учреждения)

с _____ 20 ____ г. _____ 20 ____ г.
(дата и месяц прописью) (дата и месяц прописью)

Диагноз: _____
(наименование диагноза)

Печать учреждение

Главный врач: _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Лечащий врач: _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Дата выдачи справки « _____ » _____ 20 ____ г.