



Хоккейный Клуб « _____ » город _____
 Адрес: _____
 телефон: _____ факс: _____ e-mail: _____
 Лицензия на осуществление медицинской деятельности
 № _____ от « ____ » _____ 20__ года

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № _____

Дана Игроку Хоккейного Клуба « _____ »
 (Ф.И.О. и год рождения) _____

в том, что он (указать обстоятельство получения травмы) _____

Дата получения травмы: « ____ » _____ 201__ г.

Предварительный диагноз: _____

кодировка по текущей МКБ: _____

Предположительный период лечения и восстановления (указать срок) _____

Прошу ЦИБ присвоить Игроку статус «Травмированный Игрок».

« ____ » _____ 201__ г.

Врач Хоккейного Клуба _____ / _____ /
 подпись и печать врача /Ф.И.О./

место для
 печати Клуба

Мне предоставлена информация о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, о рекомендованных методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и связанных с этим рисках. Я проинформирован Клубом о присвоении мне статуса «Травмированный Игрок».

« ____ » _____ 201__ г. _____
 (дата, подпись Хоккеиста)