

До П. 5.2.12. Додаток № 10

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації</p> <p style="text-align: center;">№ 086/о</p> <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</p> <p style="text-align: center;">№ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОВІДКА (лікарський консультаційний висновок) заповнюється на абітурієнтів, які вступають у навчальні заклади всіх рівнів акредитації від “___” _____ 20___ року</p>	
<p>1. Видана _____ (найменування і адреса закладу, що видав довідку)</p>	
<p>2. Найменування навчального закладу, куди подається довідка _____</p>	
<p>3. Прізвище, ім'я, по батькові _____</p>	
<p>4. Стать чоловіча — 1; жіноча — 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 5. Дата народження <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, місяць, рік)</p>
<p>6. Місце проживання хворого _____</p>	
<p>7. Перенесені захворювання _____</p>	

8. Об'єктивні дані і стан здоров'я хворого на дату обстеження :

терапевт (лікар загальної практики – сімейний лікар, педіатр) _____

хірург _____

невропатолог _____

окуліст _____

отоларинголог _____

інші спеціалісти _____

9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження _____

10. Дані лабораторних досліджень _____

11. Дані інструментальних обстежень _____

12. Запобіжні щеплення (вказати дату) _____

13. Лікарський висновок про професійну придатність _____

Підпис особи, яка заповнила довідку _____

Підпис керівника закладу охорони здоров'я _____

М.П.