

Тепер у мене зрозумілий почерк

Твій сімейний лікар:

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади,
підприємства, установи, організації, до сфери управління якого
належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса)
закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації
№ 079/о

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України

МЕДИЧНА ДОВІДКА

на дитину, яка від'їжджає в дитячий заклад оздоровлення та відпочинку

- Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____ 2. Вік _____
 - Місце проживання батьків (законних представників) _____, телефон _____
 - Найменування загальноосвітнього навчального клас _____, район _____, закладу _____, найменування закладу охорони здоров'я _____
 - Стан здоров'я (якщо знаходиться під диспансерним наглядом, вказати діагноз за МКХ-10), наявність алергічних захворювань _____
 - Перенесені інфекційні захворювання (кір, скарлатина, кашлюк, епідемічний паротит, вірусні гепатити, вітряна віспа, дизентерія) _____
 - Проведені щеплення (проти дифтерії, кашлюка, правця, кору, вірусного гепатиту, БЦЖ, туберкулінові проби 2 ТО в динаміці тощо) із вказівкою дат їх проведення _____
 - Результати огляду на педикульоз і коросту: _____
 - Наявність довідки про відсутність контакту з інфекційними хворими _____
 - Фізичний розвиток, фізкультурна група _____
 - Рекомендований режим _____
- Дата видачі довідки «___» _____ 20 ____ року
- Лікар-педіатр або лікар загальної практики-сімейний лікар _____
(прізвище, підпис)

Тепер у мене зрозумілий почерк

Твій сімейний лікар:)

Заповнюється лікарем дитячого закладу оздоровлення та відпочинку

12. Стан здоров'я і перенесені захворювання під час перебування в дитячому закладі оздоровлення та відпочинку:

13. Контакт з інфекційними хворими: _____

14. Ефективність оздоровлення в дитячому закладі оздоровлення та відпочинку:

Загальний стан _____

Вага при надходженні _____ Вага при від'їзді _____

Динамометрія _____

Спірометрія _____

Дата «__» _____ 20 ____ року

Лікар оздоровчого табору _____

(прізвище, підпис)

Довідка підлягає поверненню в заклад охорони здоров'я за місцем спостереження дитини.