

назва центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад	Медична документація Форма первинної облікової документації
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, відповідальної особи якого заповнили цю форму	№ 0 8 6 - 1 / 0
Комунальний заклад «Міська дитяча лікарня № 4» м. Кривий Ріг	
Код закладу з ЄДРПОУ 0 2 0 0 7 2 5 9	

ДОВІДКА
учня загальноосвітнього навчального закладу
про результати обов'язкового
медичного профілактичного огляду

- Прізвище, ім'я, по батькові _____
- Місце проживання, телефон _____
- Дата народження _____ 4. Стать _____ ч. _____ ж.
- Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____
- Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
- Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
- Висновок (У разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання з бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма):

- Група для занять фізичною культурою _____
- Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми віком від 3 до 17 років) _____
- Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
- Дата заповнення довідки « _____ » _____ 20 _____ року
- Підпис лікаря _____ (П.І.Б.)
Місце печатки _____

Назва центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад	Медична документація Форма первинної облікової документації
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, відповідальної особи якого заповнили цю форму	№ 0 8 6 - 1 / 0
Комунальний заклад «Міська дитяча лікарня № 4» м. Кривий Ріг	
Код закладу з ЄДРПОУ 0 2 0 0 7 2 5 9	

ДОВІДКА
учня загальноосвітнього навчального закладу
про результати обов'язкового
медичного профілактичного огляду

- Прізвище, ім'я, по батькові _____
- Місце проживання, телефон _____
- Дата народження _____ 4. Стать _____ ч. _____ ж.
- Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас _____
- Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
- Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
- Висновок (У разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання з бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма):

- Група для занять фізичною культурою _____
- Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми віком від 3 до 17 років) _____
- Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду _____
- Дата заповнення довідки « _____ » _____ 20 _____ року
- Підпис лікаря _____ (П.І.Б.)
Місце печатки _____