

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ 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 <table border="1" data-bbox="434 555 891 590"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>													<table border="1"><tr><td colspan="2">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</td></tr><tr><td colspan="2">Форма первинної облікової документації</td></tr><tr><td colspan="2">№ 086/о</td></tr><tr><td colspan="2">ЗАТВЕРДЖЕНО</td></tr><tr><td colspan="2">Наказ МОЗ України</td></tr><tr><td><table border="1" data-bbox="1464 555 1756 590"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></td><td>№ <table border="1" data-bbox="1818 555 1998 590"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></td></tr></table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ		Форма первинної облікової документації		№ 086/о		ЗАТВЕРДЖЕНО		Наказ МОЗ України		<table border="1" data-bbox="1464 555 1756 590"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											№ <table border="1" data-bbox="1818 555 1998 590"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ																																									
Форма первинної облікової документації																																									
№ 086/о																																									
ЗАТВЕРДЖЕНО																																									
Наказ МОЗ України																																									
<table border="1" data-bbox="1464 555 1756 590"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											№ <table border="1" data-bbox="1818 555 1998 590"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																														
<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 <input type="checkbox"/> 5. Дата народження <table border="1" data-bbox="1489 1088 1758 1136"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)</p>																																									
<p>6. Місце проживання хворого _____</p>																																									
<p>7. Перенесені захворювання _____</p>																																									
<p>_____</p>																																									
<p>_____</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.