

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ 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

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

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.