

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

(у редакції наказу

Міністерства охорони здоров'я України

від 25 липня 2023 року № 1351)

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/> <p>Код за ЄДРПОУ                                    </p>	<p style="text-align: center;"><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації <b>№ 086/о</b> <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України                 №                </p>
<p style="text-align: center;"><b>Медична довідка</b> <b>(витяг з медичної картки амбулаторного хворого)</b></p> <p>Вид медичного огляду: попередній/профілактичний (потрібне підкреслити) від "___" _____ 20__ року</p>	
<p>1. Видана _____ (найменування і адреса закладу, що видав довідку)</p>	
<p>2. Вид закладу освіти, куди подається довідка: _____</p>	
<p>3. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності): _____</p>	
<p>4. Стать чоловіча - 1; жіноча - 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 5. Дата народження                 (число, місяць, рік)</p>
<p>6. Місце проживання особи: _____</p>	

7. Перенесені захворювання: \_\_\_\_\_

8. Об'єктивні дані і стан здоров'я особи на дату обстеження: \_\_\_\_\_

Лікар, який надає первинну медичну допомогу: \_\_\_\_\_

Інші лікарі-спеціалісти: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Дані лабораторних досліджень \_\_\_\_\_

10. Дані інших досліджень \_\_\_\_\_

11. Профілактичні щеплення (вказати дату) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Лікарський висновок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Підпис особи, яка заповнила довідку \_\_\_\_\_

Підпис керівника закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_

М. П.  
(за наявності)