

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя и адрес
осуществления медицинской деятельности)
Основной государственный регистрационный
номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у

Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направляемого в организацию отдыха детей и их оздоровления

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____

Дата рождения: « ____ » _____ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2

Гражданство _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

_____ район _____

_____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____

квартира _____ тел. _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

_____ район _____

_____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____

квартира _____ тел. _____

Сведения об образовательной организации: тип: _____ № _____

класс _____

(наименование) _____

№ _____ группа _____ Класс _____

Перенесенные заболевания, операции, травмы

_____ код по Международной статистической классификации

болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее — МКБ) _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ код по МКБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ код по МКБ _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Проведенные профилактические прививки и результаты обследований, в том числе в целях выявления туберкулеза _____

Состояние здоровья:

Диагноз заболевания _____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции:

Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) _____

Рост _____, масса тела _____ (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост — нужное подчеркнуть)

Группа здоровья _____

Медицинская группа для занятий физической культурой _____

Нуждаемость в условиях доступной среды: да — 1, нет — 2

Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления и (или) нуждающегося в индивидуальной помощи в связи с имеющимися физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями

Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

Осмотр на педикулез и чесотку _____

Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) _____

Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

Должность, специальность, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись врача

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись руководителя медицинской организации

М. П. (при наличии)

« ____ » _____ 20 ____ г.