штамп учреждения здравоохранения
официальное наименование медицинской организации,
адрес местонахождения, контактный телефон
(*в соответствии с Приказом № 972н от 14.09.2020*)

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕ 18 ЛЕТ, СОДЕРЖАЩЕЕ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ОБСЛЕДУЕМОГО

Ф.И.О._____
Дата, год рождения _____ _____
Адрес _____
Наименование медицинского учреждения _____

1. Заключение терапевта
Общее состояние здоровья и физического развития: _____
_____
Соматические заболевания _____
Состоит ли на диспансерном учете _____, с какого возраста _____
У какого специалиста, с каким диагнозом _____
_____
_____

Дата Подпись Терапевт Ф.И.О._____
Печать врача

2. Заключение оториноларинголога
Состояние слуха _____ Носоглотки _____
Диагноз: _____

Дата Подпись Отоларинголог Ф.И.О._____
Печать врача

3. Заключение офтальмолога
Острота зрения _____ Состояние органов зрения _____
Диагноз: _____

Дата Подпись Офтальмолог Ф.И.О._____
Печать врача

4. Заключение невролога
Состоит ли на учете, диагноз _____
_____

Дата Подпись Невролог Ф.И.О._____
Печать врача

5. Заключение ортопеда(хирурга)
Состоит ли на учете, диагноз _____
_____

Дата Подпись Ортопед Ф.И.О. _____
Печать врача

6. Заключение психиатра
Состоит ли на учете, диагноз _____
_____

Дата Подпись Психиатр Ф.И.О._____
Печать врача

Выписка заверена «____»_____ 20___ г.

Главный врач (уполномоченное лицо)_____/_____/

МП