

ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ОБСЛЕДУЕМОГО,
РЕЗУЛЬТАТАХ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И (ИЛИ) ЛЕЧЕНИЯ

1. Фамилия, имя и отчество ребенка _____

2. Дата рождения _____

3. Заключение врачей

3.1. Данные осмотра врачом-офтальмологом

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

3.2. Данные осмотра врачом-отоларингологом

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

3.3. Данные осмотра врачом-неврологом

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

3.4. Данные осмотра врачом-психиатром

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача

**3.5. Данные осмотра врачами других специальностей, наблюдающих ребёнка в
медицинской организации (при наличии)**

Дата _____
ДИАГНОЗ (по МКБ-10) _____

Рекомендации _____

Врач: _____ (_____)
Подпись Фамилия Личная печать врача