Приложение № 15
к Порядку по предоставлению путевок на реабилитацию в государственные учреждения социального обслуживания Амурской области - государственное автономное учреждение социального обслуживания Амурской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Бардагон» и Государственное автономное учреждение социального обслуживания Амурской области «Малиновский социально-реабилитационный центр»

Медицинская справка
о состоянии здоровья сопровождающего лица для представления
в Государственное автономное учреждение социального обслуживания Амурской области «Малиновский социально-реабилитационный центр»
(указать наименование центра)

«____» _____ 20 _____ года.

1. Выдана: _____
(указать фамилию, имя, отчество сопровождающего лица)

2. Пол: М Ж (нужное подчеркнуть)
3. Дата рождения: «_____» _____ _____
число месяц год

4.
Адрес:_____
5. Место работы, контактный телефон: _____
_____
6. Диагнозы: (по МКБ-10
6.1. Основное заболевание:_____
6.2. Сопутствующие заболевания:_____
7. **Результаты обследования:**
7.1. Клинический анализ крови:_____
7.2. Общий анализ мочи:_____
7.3. Анализ кала на яйцеглист и энтеробиоз:_____
7.4. Флюорография:_____
7.5. Анализ крови: на RW____ВИЧ_____
8. Заключение дерматовенеролога (для всех):
8.1. Диагноз: (МКБ-10)_____
8.2. Рекомендации:_____
_____
Врач _____
(подпись, расшифровка подписи)
МП врача

9. Заключение гинеколога (для женщин):
9.1. Диагноз: (МКБ-10)_____
9.2. Рекомендации:_____
Врач _____
(подпись, расшифровка подписи)
МП врача

10. Заключение терапевта (для всех):
10.1. Диагноз: (МКБ-10)_____
10.2. Рекомендации:_____
_____
Врач _____
(подпись, расшифровка подписи)
МП врача

Заведующий отделением или председатель врачебной комиссии

_____
(подпись, расшифровка подписи)
МП