

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

на ребенка, передаваемого на воспитание в семью,
по результатам медицинского освидетельствования.

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Адрес ребенка _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной диагноз _____

Сопутствующий диагноз (заболевание) _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком _____

Освидетельствование проведено врачебной комиссией в составе:

Председатель комиссии:

Члены комиссии:

от «__» _____ 200__ г.

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам освидетельствования _____

Наименование учреждения _____ МУЗ «Сернурская ЦРБ» _____

Ф.И.О. несовершеннолетнего _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

№ п/п	Специалист	Заключение	Дата осмотра	Подпись
1	Терапевт (педиатр)	Выявлено Не выявлено		
2	Инфекционист	Выявлено Не выявлено		
3	Дерматовенеролог	Выявлено Не выявлено		
4	Фтизиатр	Выявлено Не выявлено		
5	Невропатолог	Выявлено Не выявлено		
6	Отоларинголог	Выявлено Не выявлено		
7	Психиатр	Выявлено Не выявлено		
8	Окулист	Выявлено Не выявлено		
9	Хирург	Выявлено Не выявлено		

Заключение: _____

Зав. поликлиники: