

Додаток 2
до Порядку
(у редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 10 липня 2019 р. № 603)

ВИСНОВОК
про стан здоров'я, фізичний і розумовий розвиток дитини

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата і місце народження _____

Місце проживання (перебування) _____
(адреса)

Дані медичного обстеження

Невролог	_____	_____	_____	_____
	(діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Психіатр	_____	_____	_____	_____
	(діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Дерматовенеролог	_____	_____	_____	_____
	(діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Хірург (ортопед)	_____	_____	_____	_____
	(діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Онколог	_____	_____	_____	_____
	(за показаннями) (діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Гематолог	_____	_____	_____	_____
	(за показаннями) (діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Отоларинголог	_____	_____	_____	_____
	(діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Офтальмолог	_____	_____	_____	_____
	(діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)
Педіатр	_____	_____	_____	_____
	(діагноз, шифр за МКХ-10)	(дата)	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)

Наявність або відсутність інвалідності у дитини (із зазначенням захворювання, внаслідок якого встановлено інвалідність, та документа, який це підтверджує)

Вага і зріст дитини _____, _____.
(кілограмів) (сантиметрів)

Остаточний висновок*

_____ шифр (за МКХ-10) _____.

* Зазначається група здоров'я, дата і вид щеплення, у разі відсутності - причини; потреба в медико-педагогічній, медико-соціальной корекції.

(найменування посади керівника
лікувально-профілактичного закладу)

(підпис)

(ініціали та прізвище)

МП

_____ 20__ р.

{Додаток 2 в редакції Постанови КМ № 603 від 10.07.2019}