

Код форми за ЗКУД _____  Код закладу за ЗКПО _____	Код форми за ЗКУД _____  Код закладу за ЗКПО _____
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Міністерство охорони здоров'я України  Найменування закладу	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> <b>ФОРМА N 0 8 0 / o </b> Затверджена наказом МОЗ України <b>2 7 1 2 9 9 р.</b> N <b>3 0 2 </b>
<b>КОРИНЕЦЬ</b> <b>медичного висновку N _____</b> <b>на дитину (підлітка)-інваліда з дитинства в віці до 16 років</b>  <b>від "___" _____ р.</b>	
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____ _____	
2. Дата народження _____ _____ (число, місяць, рік)	
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____ _____	
4. Місце проживання батьків (опікуна) _____ _____	
5. Захворювання (патологічний стан) _____ _____	
відповідає розділу _____ пункту _____ підпункту _____ "Переліку медичних показань" Дійсний до "___" _____ р. Дата перегляду "___" _____ р.	
<b>Головний лікар</b> _____ _____ (П. І. П.) (Заступник головного лікаря по мед. частині) _____ _____ (підпис)	

Міністерство охорони здоров'я України  Найменування закладу	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> <b>ФОРМА N 0 8 0 / o </b> Затверджена наказом МОЗ України <b>2 7 1 2 9 9 р.</b> N <b>3 0 2 </b>
<b>МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК N _____</b> <b>на дитину (підлітка) - інваліда з дитинства у віці до 16 років</b> <b>(направляється в орган соціального забезпечення за місцем проживання</b> <b>батьків або опікуна)</b>  <b>від "___" _____ р.</b>	
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____ _____	
2. Дата народження _____ _____ (число, місяць, рік)	
3. Прізвище, ім'я, по батькові матері, батька, опікуна (необхідне підкреслити) _____ _____	
4. Місце проживання батьків (опікуна) _____ _____	
5. Захворювання (патологічний стан) _____ _____	

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_

(П. І. П)

(підпис)

Направлено в районний (міський) відділ соцзабезпечення

"\_\_" \_\_\_\_\_ р.  
(дата)

Поштова квитанція

---

---

---

---

---

---

---

---

