

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення _____ Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 089-2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 1 0 0 1 2 0 0 6 № 1
--	--

ПОВІДОМЛЕННЯ
про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом трихофітії, мікроспорії, фавуса, корости

„ _____ ” _____ 20 _____ року.
(дата заповнення)

Повідомлення направлено до _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Стать: чоловіча – 1, жіноча - 2 ☐ 3. Вік _____ 4. Дата звернення (профогляду) _____
(число, місяць, рік)

5. Місце проживання хворого (поштова адреса): країна _____
область _____ район _____
населений пункт _____
вулиця _____ будинок № _____ кв. № _____

6. Місце роботи, навчання хворого _____

7. Діагноз захворювання _____
(шифр за МКХ-10)

8. Дата встановлення діагнозу _____
(число, місяць, рік)

9. Діагноз установлено під час: звернення до лікаря – 1, профілактичного огляду – 2, обстеження в лікарні – 3,
бстеження осіб, що перебували у контакті з хворим, – 4, інше – 5 (уписати) _____

10. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням – 1; клінічно – 2,
іншим – 3 (уписати) _____

11. Дата відправлення повідомлення „ _____ ” _____ 20 _____ р.

Прізвище, ім'я, по батькові та
номер контактного телефону лікаря, який
заповнив повідомлення _____
(підпис)