

**ЗАПОЛНЕНИЕ
СПРАВКИ 079У**



Наименование медицинской организации

Адрес

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у
утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**Медицинская справка
о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию
отдыха детей и их оздоровления**

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Пол: муж., жен. _____

3. Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

5. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания _____

7. Проведенные профилактические прививки _____

8. Состояние здоровья:

Диагноз заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) _____

10. Физическое развитие _____

11. Медицинская группа для занятий физической культурой _____

12. Нуждаемость в условиях доступной среды _____

13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

16. Фамилия, инициалы и подпись врача **ИВАНОВА М.В.** _____

М.П. _____

« » _____ 20__ года



Наименование медицинской организации _____
Адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у
утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Медицинская справка

**о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию
отдыха детей и их оздоровления**

1. Фамилия, имя, отчество ребенка

Иванов Иван Иванович

2. Пол: **муж.**, жен.

3. Дата рождения **01.10.2005**

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город **Санкт-Петербург** населенный пункт _____

улица **Наличная** дом **7** квартира **48** тел. **89000000000**

5. № школы **256** класс **7 А**

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания _____

7. Проведенные профилактические прививки _____

8. Состояние здоровья: _____
Диагноз заболевания: _____
код по МКБ-10 _____
код по МКБ-10 _____
код по МКБ-10 _____
код по МКБ-10 _____

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) _____

10. Физическое развитие _____

11. Медицинская группа для занятий физической культурой _____

12. Нуждаемость в условиях доступной среды _____

13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

16. Фамилия, инициалы и подпись врача _____

М.П. _____

« _____ » _____ 20 _____ года



Наименование медицинской организации _____
Адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у
утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Медицинская справка
о состоянии здоровья ребенка, отдыхающего в организацию
отдыха детей и их оздоровления

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Пол: муж., жен. _____

3. Дата рождения _____

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

5. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания _____

7. Проведенные профилактические прививки _____

8. Состояние здоровья: _____

Диагноз заболевания _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) **Диета: аллергия на цитрусовые**

Авамис по 1 впрыскиванию, 1 раз в день, утром

10. Физическое развитие _____

гармоничное, мезосоматик (гипо-, гипер-)

11. Медицинская группа для занятий физической культурой **основная (подготовительная, специальная)**

12. Нуждаемость в условиях доступной среды _____

13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

15. Отсутствие _____ медицинских _____ противопоказаний _____ для _____ пребывания _____ в _____ организации _____ отдыха _____ детей _____ и _____ их _____ оздоровления _____

16. Фамилия, инициалы и подпись врача _____

М.П. _____

« _____ » _____ 20 ____ года



