

Министерство здравоохранения РБ
Учреждение здравоохранения «Витебский
областной детский клинический центр»
ФЕДИПД
ЦЕТ (наименование организации здравоохранения)
г. Витебск, ул. Космокаэтов, д. 5

Приложение 1 к Постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
от 09.07.2010 г. № 92
Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Дата Смирнов Павел
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер Димурчевич

Дата рождения 07.2016 Пол: Мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства г. Витебск, Ленинградская ул. 96/65

Цель выдачи справки по месту требования

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований,

сведения о профилактических прививках и прочее)

Заключение Врожденная патология без след
корей, по мужскому родному предку нет,

Рекомендации вакцинировать ребенка по календарю
нерасширенного родного предка нет

Дата выдачи справки 09.07.16

Срок действия справки 1 год

Врач (секретарь комиссии) _____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Руководитель организации (заведующий структурным подразделением
(обособленным структурным подразделением), председатель комиссии)

_____ (подпись) _____ (инициалы, фамилия)

М.П. _____

