

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь
Учреждение здравоохранения
«Витебский областной детский
клинический центр»
(организации здравоохранения)
«Областная климическая
детская поликлиника»

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: Семинко Алексей Александрович
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер _____

Дата рождения 22 11 13 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства Ровен 12-24

Цель выдачи справки по месту жительства

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о профилактических прививках и прочее) _____

У ребенка маточная ангина с частыми тонзиллитами
в анамнезе с момента рождения. Оральное
поражение слизистой оболочки полости рта
в виде эрозивной лейкоплакии в области
язычка, нёбных дужек, мягкого неба, глотки,
судорожные приступы, судорожные приступы,
конвульсии судороги верхних и нижних конечностей,
деформация шейного отдела позвоночника,
деформация крестца, сколиоз, БЭП, гипертония,
рекомендации ВЗМ, 2х степеней, краниорхизм, БЭП, гипертония,
ребенок инвалид, СУЗ-4, II группа инвалидности

Дата выдачи справки « 01 » 20 24 г.

Срок действия справки: _____

Подпись секретаря комиссии: Урочко
(подпись) (инициалы, фамилия)

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

(подпись) (инициалы, фамилия)

