

Наименование медицинской  
организации

Код формы по [ОКУД](#) \_\_\_\_\_

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

**Медицинская документация**

**Учетная форма N 079/у**

**утверждена [приказом](#)**

**Минздрава России**

**от 15 декабря 2014 г. N 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. N школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

6. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания, операции, травмы \_\_\_\_\_

7. Проведенные профилактические прививки и результаты обследований в целях выявления туберкулеза \_\_\_\_\_

8. Состояние здоровья:

Диагноз заболевания \_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](#)

\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](#)

\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](#)

\_\_\_\_\_ код по [МКБ-10](#)

8 (1). Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: \_\_\_\_\_

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

10. Рост \_\_\_\_\_, масса тела \_\_\_\_\_ (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост - нужное подчеркнуть)

11. Группа здоровья \_\_\_\_\_

11(1). 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 \_\_\_\_\_

14(1). Осмотр на педикулез и чесотку \_\_\_\_\_;

14(2). Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) \_\_\_\_\_

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

16. Фамилия, инициалы и подпись врача \_\_\_\_\_

МП

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года