

Код форми	за ЗКУД								
Код закладу	за ЗКПО								

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 0 8 6 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 р. № 3 0 2
Найменування закладу		

**МЕДИЧНА ДОВІДКА**  
(лікарський професійно-консультативний висновок)  
заповнюється на абітурієнтів, які поступають у вищі учбові заклади, технікуми, середні спеціальні  
учбові заклади, професійно-технічні, технічні училища; на підлітків, які поступають на роботу  
від “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ р.

1. Видана \_\_\_\_\_  
(найменування і адреса закладу, що видав довідку)

2. Найменування учбового закладу, роботи, куди подається довідка \_\_\_\_\_

3. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

4. Стать ч.- 1 ж.- 2  5. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

6. Адреса місця проживання \_\_\_\_\_

7. Перенесені захворювання \_\_\_\_\_

Код форми	за ЗКУД								
Код закладу	за ЗКПО								

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 0 8 6 / о Затверджена наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 р. № 3 0 2
Найменування закладу		

**МЕДИЧНА ДОВІДКА**  
(лікарський професійно-консультативний висновок)  
заповнюється на абітурієнтів, які поступають у вищі учбові заклади, технікуми, середні спеціальні  
учбові заклади, професійно-технічні, технічні училища; на підлітків, які поступають на роботу  
від “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ р.

1. Видана \_\_\_\_\_  
(найменування і адреса закладу, що видав довідку)

2. Найменування учбового закладу, роботи, куди подається довідка \_\_\_\_\_

3. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

4. Стать ч.- 1 ж.- 2  5. Дата народження \_\_\_\_\_  
(число, місяць, рік)

6. Адреса місця проживання \_\_\_\_\_

7. Перенесені захворювання \_\_\_\_\_

8. Об'єктивні дані і стан здоров'я на момент обстеження: \_\_\_\_\_  
 терапевт \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 хірург \_\_\_\_\_  
 невропатолог \_\_\_\_\_  
 окуліст \_\_\_\_\_  
 отоларинголог \_\_\_\_\_  
 інші спеціалісти \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження \_\_\_\_\_
10. Дані лабораторних досліджень \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Запобігаючі щеплення (вказати дату) \_\_\_\_\_
12. Лікарський висновок про професійну придатність \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Підпис особи, яка заповнила довідку \_\_\_\_\_

Підпис головного лікаря лікувально-профілактичного закладу \_\_\_\_\_

Місце печатки

ПРИМІТКА: висновок про професійну придатність видається згідно з переліком методичних вказівок по медичному відбору осіб, які поступають у вищі учбові заклади і середні спеціальні учбові заклади

8. Об'єктивні дані і стан здоров'я на момент обстеження: \_\_\_\_\_  
 терапевт \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 хірург \_\_\_\_\_  
 невропатолог \_\_\_\_\_  
 окуліст \_\_\_\_\_  
 отоларинголог \_\_\_\_\_  
 інші спеціалісти \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Дані рентгенівського (флюорографічного) обстеження \_\_\_\_\_
10. Дані лабораторних досліджень \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Запобігаючі щеплення (вказати дату) \_\_\_\_\_
12. Лікарський висновок про професійну придатність \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Підпис особи, яка заповнила довідку \_\_\_\_\_

Підпис головного лікаря лікувально-профілактичного закладу \_\_\_\_\_

Місце печатки

ПРИМІТКА: висновок про професійну придатність видається згідно з переліком методичних вказівок по медичному відбору осіб, які поступають у вищі учбові заклади і середні спеціальні учбові заклади