

11 "8"

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 1 2 2 - 2 / о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
08.07.2013 р. № 583

Найменування та місцезнаходження (повна адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

№ _____

Від " _____ " _____ 20 _____ р.

Код за ЄДРПОУ _____

Серія _____ № _____



Медична довідка про проходження обов'язкових попереднього та періодичного психіатричних оглядів

1. Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

2. Дата народження _____
(число, місяць, рік)

3. Адреса: _____

4. Дата проходження огляду: _____

5. Результати огляду

а) психіатричні протипоказання до виконання: _____

(вид професійних обов'язків)

б) психіатричні протипоказання до провадження: _____

(вид діяльності)

6. Результати обстеження, проведеного лікарсько-консультативною комісією (ЛКК):

7. Довідка дійсна до: _____

Лікар-психіатр
ДЛЯ ДОВІДОК
(підпис, прізвище, ім'я по батькові)

М.П.
психоневрологічного
закладу



Дата " _____ " _____ р.