\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП медицинского учреждения

Согласно приказа Минздрава РФ от 20 августа 2001г. № 337 и нормативов СанПиН 2.4.4.1251-03, просим дать сведения из амбулаторной карты

(Ф.И.О., год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Перенесенные заболевания**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевание | Дата | Заболевание | Дата |
| Корь |  |  |  |
| Скарлатина |  |  |  |
| Ветряная оспа |  |  |  |
| Краснуха |  |  |  |
| Инфекционный гепатит |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Состоит на «Д» учете: нет, да – указать диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Осмотр стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Заключительный диагноз ( в т.ч., основной, сопутствующие заболевания) |  |
| Медицинская гр.для занятий физкультурой |  |

Рекомендации по занятию спортом – спортивная акробатика, прыжки на батуте, бодибилдинг, художественная гимнастика *(нужное подчеркнуть)* показано, противопоказано.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата Врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП медицинского учреждения

Согласно приказа Минздрава РФ от 20 августа 2001г. № 337 и нормативов СанПиН 2.4.4.1251-03, просим дать сведения из амбулаторной карты

(Ф.И.О., год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Перенесенные заболевания**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевание | Дата | Заболевание | Дата |
| Корь |  |  |  |
| Скарлатина |  |  |  |
| Ветряная оспа |  |  |  |
| Краснуха |  |  |  |
| Инфекционный гепатит |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Состоит на «Д» учете: нет, да – указать диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Осмотр стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Заключительный диагноз (в т.ч., основной, сопутствующие заболевания) |  |
| Медицинская гр.для занятий физкультурой |  |

Рекомендации по занятию спортом – спортивная акробатика, прыжки на батуте, бодибилдинг, художественная гимнастика *(нужное подчеркнуть)*: показано, противопоказано.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата Врач