

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92

Выдержка из ИНСТРУКЦИИ

о порядке заполнения формы 1 здр/у-10 «Медицинская справка о состоянии здоровья», формы 1 мед/у-10 «Выписка из медицинских документов»

10. При выдаче медицинской справки о состоянии здоровья кандидата в усыновители, опекуны (попечители), приемные родители, родители-воспитатели в графе «Место жительства (место пребывания)» дополнительно к адресу места жительства (места пребывания) указываются телефон и данные паспорта гражданина Республики Беларусь.

В графу «Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее)» вносятся:

результаты медицинских осмотров врачей-специалистов с указанием даты медицинского осмотра, диагноза или кода диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: терапевта (врача общей практики), невролога (врача общей практики), офтальмолога (врача общей практики), дерматовенеролога, оториноларинголога (врача общей практики), хирурга (ортопеда-травматолога, врача общей практики), психиатра-нарколога, акушера-гинеколога (для женщин);

результаты лабораторных и инструментальных методов исследований (с указанием даты проведения исследования): рентгенография органов грудной клетки, анализ крови на RW.

В графе «Заключение» делается запись о том, что имеются (отсутствуют) заболевания, при наличии которых данное лицо не может быть кандидатом в усыновители, опекуны (попечители), приемные родители, родители-воспитатели.

В графе «Срок действия справки» указывается один год.

Наименование организации _____

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА о состоянии здоровья

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: _____

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) _____

Цель выдачи справки разрешение вопроса об установлении (удочерении)

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (осмотр врачей-специалистов):

терапевт: _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

хирург: _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

офтальмолог: _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

оториноларинголог: _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

невролог: _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

психиатр-нарколог: _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

акушер-гинеколог (для женщин): _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

дерматовенеролог: _____
(диагноз, дата, подпись, печать)

Рентгенография органов грудной клетки _____
(дата, подпись, печать)

Анализ крови на RW _____
(дата, подпись, печать)

Заключение: _____
имеет (отсутствуют) заболевания, при наличии которых
_____ лица не могут быть кандидатами в усыновители.

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки один год

Руководитель организации

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.