

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 (терапевта, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, психиатра-нарколога, акушера-гинеколога (для женщин), дерматовенеролога) с указанием даты медицинского осмотра и диагноза, подписи и личной печати врача-специалиста;

результаты обследования (рентгенография органов грудной клетки, анализ крови на ВИЧ, RW) с указанием даты проведения исследования.

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 \_\_\_\_\_

## МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА о состоянии здоровья

Дана \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: мужской/женский  
(число, месяц, год)

Место жительства \_\_\_\_\_

Цель выдачи справки разрешение вопроса об установлении усыновления

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) \_\_\_\_\_

Дополнительные медицинские сведения (осмотр специалистов):

врач-терапевт: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-хирург: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-офтальмолог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-оториноларинголог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-невролог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-психиатр-нарколог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-акушер-гинеколог (для женщин): \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

врач-дерматовенеролог: \_\_\_\_\_  
(диагноз, дата, подпись, печать)

Рентгенография органов грудной клетки \_\_\_\_\_  
(дата, подпись, печать)

Анализ крови на ВИЧ-инфекцию \_\_\_\_\_  
(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.