

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.