



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)



## П Р И К А З

9 января 2018 г.

№ 2 Н

Москва

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»

П р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160) согласно приложению.

Министр

В.И. Скворцова

**Медицинская справка  
о состоянии здоровья ребенка, выезжающего в организацию  
отдыха детей и их оздоровления**

1. Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_

2. Пол: муж., жен. \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

5. № школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания \_\_\_\_\_

7. Проведенные профилактические прививки \_\_\_\_\_

8. Состояние здоровья:

Диагноз заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) \_\_\_\_\_

10. Физическое развитие \_\_\_\_\_

11. Медицинская группа для занятий физической культурой \_\_\_\_\_

12. Нуждаемость в условиях доступной среды \_\_\_\_\_

13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления \_\_\_\_\_

14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями \_\_\_\_\_

15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления \_\_\_\_\_

16. Фамилия, инициалы и подпись врача \_\_\_\_\_

МП \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года