ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 095/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	
Код за ЄДРПОУ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **№** |_|_|_|_|

ДОВІДКА №___

про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I–IY рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад

Дата видачі "_____" _____20_____ року

1. Студенту, учню, дитині, що відвідує дошкільний навчальний заклад (необхідне підкреслити)

(найменування навчального закладу)

2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

3. Дата народження (рік, місяць, число, для дітей до 1 року – день) _____

4. Діагноз захворювання (зазначається за згодою пацієнта), інші причини відсутності

5. Наявність контакту з інфекційним хворим (так, ні) _____

(підкреслити, вписати)

6. Звільнений(на) від занять, відвідувань дошкільного навчального закладу

з_____ по _____ 20_____ року

з_____ по _____ 20_____ року

М.П. **Підпис лікаря** _____

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 095/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	
Код за ЄДРПОУ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **№** |_|_|_|_|

КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН

до довідки №_____

Дата видачі "_____" _____20_____ року

1 Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

2. Найменування навчального закладу _____

3. Діагноз (зазначається за згодою пацієнта) _____

4. Звільнений(на) від занять (роботи), відвідувань дошкільного навчального закладу

з_____ по _____ 20_____ року

Звільнення продовжено

з_____ по _____ 20_____ року

з_____ по _____ 20_____ року

Прізвище лікаря, який видав довідку _____

М.П. **Підпис лікаря** _____

Примітка. *Контрольні талони служать для обліку виданих довідок.*