

жения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
ИН _____
Дата рождения _____ Пол _____

Сведения о законных представителях:

Резус-фактор +

группа крови _____
[н]валидность (да/нет) группа нет

Инвалидность (да/нет) группа нет
 Стоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) не состоит

Диагноз (код МКБ-10) * Здоров

ата взятия на диспансерный учет

За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	его
от	до				
6.09.2024		Стomatолога			
06.09.2024		Хирург			
06.09.2024		Онколог			
6.09.24		ЛОР			

Dr: Порося
рта чистот

Dr: Здраре
Dr: Здраре



Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на возраст
Дата обследования	6.09.2024
Рост	104 см
Вес	17 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	II A
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основная
Рекомендации	Зож

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК)*

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Документ
посещать





Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 06.09.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актыобинской области

1. ЖСН/ИИН: 200622602009

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): РАЙХАН АЙАРУ

3. Туған күні (Дата рождения): 22.06.2020

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе

5. Медицинское заключение:

Д/З: Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

кал на яг №1187-отр Эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

АБЛАЕВА ФАРНИЗА МУРАТОВНА

235721



Мөр
(Печать)