|  |  |
| --- | --- |
| Учреждение здравоохранения  "19-я городская детская поликлиника" г. Минска | Приложение 2 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь 09.07.2010 №92 1-здр/у10 |

**Выписка  
Из медицинских документов {{number\_cert}}**

Дана: {{name}}  
Дата рождения: {{ birth\_date }} Пол: {{ gender }}  
Место жительства: {{ address }}  
Выписка дана для предоставления: {{ place\_of\_requirement }}

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения):   
{{past\_illnesses}}  
Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее):   
Ребенок от \_\_\_\_\_ беременности, \_\_\_\_\_ родов.   
Течение беременности: без особенностей  
При рождении: вес \_\_\_\_\_\_\_\_ гр, рост \_\_\_\_\_\_\_ см, Апгар \_\_\_\_\_\_\_ баллов  
К году: зубов \_\_\_\_\_\_ , рост \_\_\_\_\_\_ см, вес \_\_\_\_\_\_\_ гр  
Держать голову в \_\_\_\_\_\_ мес, ползать \_\_\_\_\_\_ мес, сидеть \_\_\_\_\_\_ мес,  
стоять \_\_\_\_ мес, ходить \_\_\_\_\_ мес, говорить \_\_\_\_\_ мес, первый зуб \_\_\_\_ мес  
Невролог – \_\_\_\_\_\_\_\_ – Без очаговой патологии  
Окулист – \_\_\_\_\_\_\_\_ – Без патологии  
ЛОР – \_\_\_\_\_\_\_\_ – Без патологии  
Логопед – \_\_\_\_\_\_\_\_ – ОНР ( \_\_ ур. р. р.)  
Заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Дата выдачи справки: {{ date\_of\_issue }}   
Срок действия справки: 1 год   
  
Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_ {{ doctor\_name}}  
 (подпись) (инициалы, фамилия)  
Руководитель организации (заведующий   
структурным подразделением,   
председатель комиссии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
М.П. (подпись) (инициалы, фамилия)