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

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА {{number\_cert}}  
О состоянии здоровья**

Дана: {{name}}  
Дата рождения: {{ birth\_date }} Пол: {{ gender }}  
 (число, месяц, год)  
Место жительства: {{ address }}  
Цель выдачи справки: {{ place\_of\_requirement }}  
Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения):   
{{ past\_illnesses }}   
Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее):   
{{ additional\_medical\_information }}  
Заключение: {{ diagnosis }}  
Рекомендации: {{ recommendation }}  
Дата выдачи справки: {{ date\_of\_issue }}  
Срок действия справки: {{ validity\_period }}  
  
Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_ {{doctor\_name}}  
 (подпись) (инициалы, фамилия)

Заведующий структурным

подразделением: \_\_\_\_\_\_\_\_ {{manager}}  
 (подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель организации

(председатель комиссии): \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
М.П. (подпись) (инициалы, фамилия)