**{{address\_hospital}}**

**УЗ «19-я городская детская поликлиника г. Минска»**

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Наименование (диспансера, диагностического центра и т.д.):

**{{hospital}}**

На (консультацию врача: **{{doctor}}**

Ф.И.О. ребенка: **{{name}}**

Дата рождения: **{{birth\_date}}**

Адрес: **{{address}}**

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель консультации или обследования: тактика лечения

В квартире инфекционных заболеваний нет.

Врач: {{doc\_name}} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: {{date}}

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_