|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\ukrge\Desktop\Untitled.png | МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ |
| <ДЕПАРТАМЕНТ>  <ДЕПАРТАМЕНТ> |

<адрес>  
 E-MAIL: <електронна пошта>, Тел.: <телефон>

**Консультативний висновок спеціаліста**

|  |  |
| --- | --- |
| **Прізвище, ім’я, по батькові:** | <ім’я паціента> |
| **Дата народження:** | <дата народження паціента> |

* **<ім’я заголовка>**<значення заголовка>
* <параметр>**:** <значення>

**Дата документу**

<дата документу>

|  |  |
| --- | --- |
| **Консультант:** |  |

**<**ім’я лікаря>

<дата дослідження>

**<КЛІНІКА>**

<дата дослідження>