

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

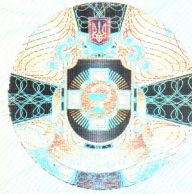
№ 122-2/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
08.07.2013 р. № 583

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ



Серія 2AAM № 000000

Медична довідка про проходження обов'язкових попереднього та періодичного психіатричних оглядів

1. Прізвище

Ім'я

По батькові

2. Дата народження

(число, місяць, рік)

3. Адреса:

4. Дата проходження огляду:

5. Результати огляду

а) психіатричні протипоказання до виконання:

(вид професійних обов'язків)

б) психіатричні протипоказання до провадження:

(вид діяльності)

6. Результати обстеження, проведеного лікарсько-консультативною комісією (ЛКК):

7. Довідка дійсна до:

Лікар-психіатр

(підпис, прізвище, ім'я, по батькові)

М.П.
лікаря

М.П.
психоневрологічного
закладу

ЗРАЗОК

Дата " " р.