

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Ленинградской области
«Кингисеппская межрайонная больница им. П.Н. Прохорова»
ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА
Ленинградская область, г. Кингисепп, ул. 1-ая Линия, д. 9

ПОДРОБНАЯ ВЫПИСКА

ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА
С ЗАКЛЮЧЕНИЯМИ ВРАЧЕЙ
(для обследования на ТПМПК)

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес регистрации по месту жительства или фактический адрес _____

Наименование образовательной организации, где обучается/воспитывается ребёнок _____

Анамнез: _____

Заключение врача-педиатра _____

подпись и личная печать врача

Заключения врачей-специалистов с указанием диагноза:

врач-оториноларинголог _____

подпись и личная печать врача

врач-невролог _____

подпись и личная печать врача

врач-офтальмолог _____

подпись и личная печать врача

врач-ортопед _____

подпись и личная печать врача

др. врач _____

подпись и личная печать врача

Дата _____

Заведующий
детской поликлиникой _____

подпись и расшифровка подписи

М.П.

Согласен(а) на предоставление информации о медицинских данных ребёнка.

Дата _____

Родитель
(законный представитель) _____

подпись и расшифровка подписи