

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року

№ 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ						
_____	Форма первинної облікової документації № 028/о						
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО						
_____	Наказ МОЗ України						
Код за ЄДРПОУ _____	№ _____						
Консультаційний висновок спеціаліста							
1. Найменування закладу охорони здоров'я, який направив пацієнта на консультацію _____							
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____							
3. Дата народження <table border="1" data-bbox="440 987 807 1025"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)							
4. Спеціальність, прізвище, ім'я, по батькові лікаря-консультанта _____							
5. Результати лабораторного дослідження _____							
6. Результати функціонального, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень:							
7. Висновок спеціаліста (встановлений діагноз)							
8. Рекомендації:							
“___” _____ 20___ року							
Лікар-консультант	М. П.						
Завідувач поліклініки або стаціонарного відділення	_____ (П.І.Б.) (підпис)						
	_____ (П.І.Б.) (підпис)						

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року

№ 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ						
_____	Форма первинної облікової документації № 028/о						
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО						
_____	Наказ МОЗ України						
Код за ЄДРПОУ _____	№ _____						
Консультаційний висновок спеціаліста							
1. Найменування закладу охорони здоров'я, який направив пацієнта на консультацію _____							
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____							
3. Дата народження <table border="1" data-bbox="440 994 807 1032"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)							
4. Спеціальність, прізвище, ім'я, по батькові лікаря-консультанта _____							
5. Результати лабораторного дослідження _____							
6. Результати функціонального, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень:							
7. Висновок спеціаліста (встановлений діагноз)							
8. Рекомендації:							
“___” _____ 20___ року							
Лікар-консультант	М. П.						
Завідувач поліклініки або стаціонарного відділення	_____ (П.І.Б.) (підпис)						
	_____ (П.І.Б.) (підпис)						