



КОМИ РЕСПУБЛИКАСА
ЙОЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН
ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Ленина ул., 73,
г. Сыктывкар, 167981

телефоны: 286-000, 286-040

факс- 301-680, 301-681

E-mail: mz@minzdrav.rkomi.ru

www.minzdrav.rkomi.ru

Заместителю Председателя

Правительства – министру
образования, науки и молодежной
политики Республики Коми

Н.А. Михальченковой

20.04.2018. № 7720/01-22

Уважаемая Наталья Алексеевна!

Министерство здравоохранения Республики Коми информирует Вас, что Приказом Минздрава России от 09 января 2018 № 2н внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению», в том числе изменена форма медицинской справки о состоянии здоровья ребенка, отъезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления.

Предлагаем Вам довести данную информацию до организаций осуществляющих и организацию отдыха и оздоровления детей.

С Приказом Минздрава России от 09 января 2018 № 2н можно ознакомиться в справочно-правовых системах «Консультант плюс» и «Гарант» и их интернет-версиях. Официально документ опубликован не был.

Приложение на 1 листе.

Министр

Д.Б. Березин

Бакланов Вячеслав Владимирович (88212) 284-024

Приложение № 17
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

(в ред. Приказа Минздрава России
от 09.01.2018 № 2н)

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма № 079/у
утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, выезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Пол: муж., жен. _____

3. Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

5. № школы _____ класс _____

6. Перенесенные детские инфекционные заболевания _____

7. Проведенные профилактические прививки _____

8. Состояние здоровья:

Диагноз заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

9. Назначенный лечащим врачом режим лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) _____

10. Физическое развитие _____

11. Медицинская группа для занятий физической культурой _____

12. Нуждаемость в условиях доступной среды _____

13. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

14. Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

15. Отсутствие медицинских противопоказаний для пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления _____

16. Фамилия, инициалы и подпись врача _____

М.П. _____

« ___ » _____ 20__ года