

Зразок

Державна комунальна
медична установа

Медичний висновок ЛКК

Чернівецька

П.І.Б _____

міська

дитяча поліклініка

Вік _____

201__ р.

№ _____

Адреса _____

Діагноз _____

Висновок ЛКК _____

Голова ЛКК

Члени комісії



Зразок

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства освіти і науки України,
Міністерства охорони здоров'я України
29 серпня 2016 року № 1027/900

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 086-3/6
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України
Код за ЄДРПОУ <input type="text"/>	<input type="text"/> № <input type="text"/>
МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК № _____ про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання	
Дата видачі " _____ 20 _____ року	
1. Прізвище, ім'я, по батькові особи _____	
2. Дата народження (число, місяць, рік) _____	
3. Місце проживання особи _____	
4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта) _____	
5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____	
6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання <input type="text"/> (код умов) <input type="text"/> (код умов) <input type="text"/> (код умов) <input type="text"/> (код умов) <input type="text"/> (код умов) <input type="text"/> (код умов) <input type="text"/> (код умов) <input type="text"/> (код умов)	
7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання _____	
Голова медичної комісії (ЛКК) _____ (підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові) _____
Члени медичної комісії (ЛКК) _____ (підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові) _____
_____ (підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові) _____
_____ (підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові) _____
М.П. (закладу охорони здоров'я або ЛКК)	