

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ Код за ЄДРПОУ	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації № 080-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №

ДОВІДКА № _____
про потребу дитини (дитини-інваліда) у домашньому догляді

1. Видана _____
 (прізвище, ім'я, по батькові дитини)

2. Стать: 2.1. Чоловіча 2.2. Жіноча (підкреслити)

3. Дата народження | | | | | | | | | |

4. Місце проживання _____

5. Захворювання, на яке хворіє дитина (код за МКХ-10) | | | | | | | | | |

6. Дата, з якої дитина перебуває на диспансерному обліку або має статус "дитина-інвалід" | | | | | | | | | |
 (число, місяць, рік)

7. Дата, з якої дитина (дитина-інвалід) потребує домашнього догляду | | | | | | | | | |
 (число, місяць, рік)

8. Лікуючий лікар _____
 (прізвище, ім'я, по батькові) _____
 (число, місяць, рік) (підпис)

9. Завідуючий відділенням _____
 (прізвище, ім'я, по батькові) _____
 (підпис)

10. Голова ЛКК _____
 (прізвище, ім'я, по батькові) _____
 (підпис)

11. Довідка дійсна до | | | | | | | | | |

Дата видачі | | | | | | | | | | М.П.
 (число, місяць, рік)