ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
11 червня 2012 року № 430

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