

Приложение
к приказу управления образования
администрации
Старооскольского городского округа
от «17» января 2023 г. № 47

Место
для штампа

**Выписка из истории развития ребенка
с заключениями врачей**

Учреждение _____
(название медицинского учреждения)

направляет _____
(Ф.И.О. ребенка)

_____ (дата рождения)

_____ (домашний адрес)

ДОУ, ОУ (класс) _____

Анамнез жизни: _____

Перенесенные заболевания: _____

Осмотр специалистов: дата осмотра, диагноз (по МКБ-10), подпись, личная печать:

1. Педиатр _____

Психомоторное развитие: начал держать головку с _____, сидеть _____, ползать _____, ходить _____

Гуление с _____, лепет _____, первые слова _____, фразовая речь _____

2. Окулист _____

Состояние зрения visus OD _____ OS _____ m

3. Отоларинголог _____

Соответствие слуха, шепотная речь AD _____ m, AS _____ m

Аудиограмма _____

4. Хирург _____

5. Логопед _____

6. Невролог _____

Неврологический статус _____

7. Психиатр _____

8. Сурдолог (по показаниям) _____

9. Ортопед (по показаниям) _____

10. Рекомендации по дальнейшему медицинскому сопровождению: _____

«__» _____ Г.
(дата)

(подпись руководителя ЛПУ)

М.П.

Выписка действительна в течение шести месяцев.

