

Основное заболевание _____

Группа здоровья _____

Рекомендации _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. _____ (Фамилия, имя, отчество)

2. Офтальмолог (детский) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. _____ (Фамилия, имя, отчество)

3. Отоларинголог (детский) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. _____ (Фамилия, имя, отчество)

4. Невролог (детский)

Неврологический статус, диагноз, рекомендации _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____

М.П. _____ (Фамилия, имя, отчество)

5. Психиатр (детский)

Психиатрический статус, диагноз, рекомендации _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____
М.П. (Фамилия, имя, отчество)

6. Медико-генетическая консультация (по необходимости) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____
М.П. (Фамилия, имя, отчество)

7. Другого специалиста (по необходимости) _____

_____ (подпись специалиста) Специалист _____ Дата _____
М.П. (Фамилия, имя, отчество)