

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року

№ 110

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 <table border="1" data-bbox="571 638 842 676"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="914 315 1476 387">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="914 387 1476 521"> Форма первинної облікової документації № 028/о </td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="914 521 1476 593">ЗАТВЕРДЖЕНО</td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="914 593 1476 683"> Наказ МОЗ України <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> № <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </td></tr> </table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ		Форма первинної облікової документації № 028/о		ЗАТВЕРДЖЕНО		Наказ МОЗ України <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> № <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ																																							
Форма первинної облікової документації № 028/о																																							
ЗАТВЕРДЖЕНО																																							
Наказ МОЗ України <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> № <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																							
Консультаційний висновок спеціаліста																																							
1. Найменування закладу охорони здоров'я, який направив пацієнта на консультацію _____																																							
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____																																							
3. Дата народження <table border="1" data-bbox="443 929 810 967"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (число, місяць, рік)																																							
4. Спеціальність, прізвище, ім'я, по батькові лікаря-консультанта _____																																							
5. Результати лабораторного дослідження _____																																							
6. Результати функціонального, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень:																																							
7. Висновок спеціаліста (встановлений діагноз)																																							
8. Рекомендації:																																							
“___” _____ 20__ року М.П.																																							
<table> <tr> <td style="text-align: right;">Лікар-консультант</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Завідувач поліклініки або стаціонарного відділення</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px;"></td> </tr> </table> (П.І.Б.) (підпис) (П.І.Б.) (підпис)		Лікар-консультант		Завідувач поліклініки або стаціонарного відділення																																			
Лікар-консультант																																							
Завідувач поліклініки або стаціонарного відділення																																							