

-----  
Штамп учреждения

**СПРАВКА**

ФИО \_\_\_\_\_  
*лица, сопровождающего ребенка на курс реабилитации в Республиканский реабилитационный центр*

Дата рождения \_\_\_\_\_

Данные флюорографии \_\_\_\_\_  
*за последние 12 месяцев* \_\_\_\_\_ *дата, №, результат*

Осмотр гинеколога (смотровой) \_\_\_\_\_  
*дата, заключение, подпись*

*Для мужчин: осмотр дерматовенеролога или уролога.*

Соскоб на энтеробиоз \_\_\_\_\_  
*действителен 10 дней* \_\_\_\_\_ *дата, заключение, подпись*

В контакте с инфекционными больными не был в течение 21 дня \_\_\_\_\_  
*подчеркнуть* \_\_\_\_\_ *дата, подпись*

Осмотр на чесотку, педикулез, микроспорию \_\_\_\_\_  
*дата, результат, подпись*

**Данные по контакту с инфекционными больными и осмотр на чесотку, педикулез, микроспорию действительны 3 дня.**

Подпись и печать врача терапевта \_\_\_\_\_