

ВИСНОВОК
про стан здоров'я заявника

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата і місце народження _____

Місце проживання _____
(адреса)

Дані медичного обстеження

Дерматовенеролог _____	_____ (діагноз)	_____ (дата)
Психіатр _____	_____ (діагноз)	_____ (дата)
Фтизіатр _____	_____ (діагноз)	_____ (дата)
Терапевт _____	_____ (діагноз)	_____ (дата)
Нарколог _____	_____ (діагноз)	_____ (дата)

Дані лабораторного дослідження

Реакція Вассермана _____
(дата, номер, результат)

ВІЛ-інфікованість _____
(дата, номер, результат)

Остаточний висновок _____

Керівник лікувально-профілактичного
закладу

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

М.П.

" ____ " _____ 200_ р.