Приложение 1 к приказу

министерства здравоохранения

Волгоградской области

от 29.01. 2014 г. № 162

Заключения врача (фельдшера, акушерки) на получение полноценного питания различными категориями граждан предусмотрено двух видов:

1. на получение полноценного питания беременной женщиной или кормящей матерью;
2. на получение полноценного питания законным представителем ребенка.

1.

Штамп медицинской организации

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

врача (фельдшера, акушерки) на получение полноценного питания

беременной женщиной или кормящей матерью

Ф.И.О. (беременной женщины, кормящей матери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть, ФИО, указывать полностью)

Место жительства

(фактическое)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Получатель полноценного питания (нужное подчеркнуть):

Беременная (от 12 недель)

Кормящая мать

Дата рождения женщины (дд.мм.гггг)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код патологического состояния, явившегося основанием для назначения полноценного питания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период назначения полноценного питания: 1 месяц

Ф.И.О. врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата заключения) М.П. медицинской организации

2.

Штамп медицинской организации

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

врача (фельдшера, акушерки) на получение полноценного питания

законным представителем ребенка

Ф.И.О. (законного представителя ребенка полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка до 3-х лет (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства

(фактическое)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол (М/Ж):\_\_\_\_\_

Получатель полноценного питания (нужное подчеркнуть):

0-6 месяцев

6-12 месяцев

1 – 3 года

Дата рождения ребенка (дд.мм.гггг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код патологического состояния, явившегося основанием для назначения полноценного питания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период назначения полноценного питания: 1 месяц

Ф.И.О. врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата заключения) М.П. медицинской организации