

Республика Беларусь  
Наименование организации  
«Кобринская центральная  
районная больница»

Филиал МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА  
«Детская больница» о состоянии здоровья

ул. Советская, 111, 225304,  
г. Кобрин, Брестская область

Дана

«10» сентября 2014 г.  
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения

5.10.2014  
(число, месяц, год)

Пол: мужской / женский (подчеркнуть)

Место жительства

г. Кобрин Дружба 30-28

Цель выдачи справки

по месту требования

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее)

Заключение

Пастозность, тахипноэ, со стороны умеренно  
выраженными фиброзными кардиальными изменениями  
и некоторыми признаками поражения периферической нервной системы,  
сфеноидная синусит в области лобно-носовой перегородки, 696,8

Рекомендации

Ребенок нуждается в лечении и постоянном  
наблюдении

Дата выдачи справки

10.09.2014

Срок действия справки

12

Врач

(подпись)

Руководитель организации

(заведующий структурным  
подразделением, председатель комиссии)

М.П.



(подпись) (инициалы, фамилия)