

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
НА РЕБЕНКА, ОФОРМЛЯЮЩЕГОСЯ НА УСЫНОВЛЕНИЕ**

(Заполняется в двух экземплярах: 1-й экз. направляется в территориальные органы опеки и попечительства; 2-й экз. остается в учреждении, где находится ребенок (роддоме, стационаре, доме ребенка, детском доме, школе-интернате и т.д.).

Ф.И.О. ребенка

---

---

Дата рождения

---

---

Поступил (наименование и адрес учреждения, где находится ребенок)

---

Дата поступления

\_\_\_\_\_

**ДАННЫЕ АНАМНЕЗА**

1. Здоровье родителей (наличие в семье психических, наследственных и других заболеваний; вредных привычек - пьянство, курение и др.; течение беременности и родов у матери):

Матери

---

---

---

Отца

---

---

---

Заключение о состоянии здоровья братьев, сестер

---

---

---

2. Состояние здоровья ребенка при рождении, вес, длина

\_\_\_\_\_

---

---

3. Заболевания, перенесенные ребенком с момента рождения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Диагноз основной \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Сопутствующие диагнозы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Рекомендации по дальнейшему наблюдению ребенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Освидетельствование проведено врачебной комиссией, созданной приказом  
\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
(территориальный орган здравоохранения) от \ " \_\_\_\_ \ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г., в составе:

Председателя (ФИО, должность, подпись)  
\_\_\_\_\_

Членов комиссии (ФИО, должность, подпись):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Место печати

Дата освидетельствования \ " \_\_\_\_ \ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.