Наименование медицинской организации /при передаче из ДПО в ВПО/

ДПО № 00 Санкт-Петербурга

Адрес: СПб, пр. д. 000, к. 0

**ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ**

**на ребенка, достигшего 18 лет.**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |  |
| дата рождения |  |
| С какого возраста наблюдается в данной детской поликлиникой. |  |
| Перенесенные заболевания |   |

Стр.1

***Переводной эпикриз на Иванова И.И., продолжение***

|  |  |
| --- | --- |
| Состоит ли на диспансерном учете на момент передачи (у каких специалистов), диагноз заболевания. |  |
| Группа здоровья |  |
| Заключение(диагноз) |  |
| Рекомендации по дальнейшему диспансерному наблюдению и лечению |  |
| Дата |  |
| Подпись |  |