

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства освіти і науки України,
Міністерства охорони здоров'я України
29 серпня 2016 року № 1027/900

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="587 667 890 712"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>											<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p>№ 086-3/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України</p> <table border="1" data-bbox="986 667 1481 712"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>№</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											№				
										№																

<p>МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК № _____ про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</p>		
<p>Дата видачі “ _____ ” _____ 20 _____ року</p>		
1. Прізвище, ім'я, по батькові особи	_____	
2. Дата народження (число, місяць, рік)	_____	
3. Місце проживання особи	_____	
4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта)		
5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____		
6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання		
/____/____/____/____/ (код умови)	/____/____/____/____/ (код умови)	/____/____/____/____/ (код умови)
/____/____/____/____/ (код умови)	/____/____/____/____/ (код умови)	/____/____/____/____/ (код умови)
7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання		
Голова медичної комісії (ЛКК)	_____	_____
Члени медичної комісії (ЛКК):	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)
	(підпис)	(прізвище, ім'я, по батькові)
М.П. (закладу охорони здоров'я або ЛКК)		

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="539 616 842 656"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table></p>																					<p align="center">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p align="center">Форма первинної облікової документації</p> <p align="center">№ 086-3/о</p> <p align="center">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p align="center">Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України</p> <p align="center"> <table border="1" data-bbox="941 616 1220 656"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> № <table border="1" data-bbox="1300 616 1465 656"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> </p>																																								

<p align="center">КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ № _____ про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</p>	
<p>Дата видачі “_____” _____ 20__ року</p>	
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові особи</p>	<p>_____</p>
<p>2. Дата народження (число, місяць, рік)</p>	<p>_____</p>
<p>3. Місце проживання особи</p>	<p>_____</p>
<p>4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта)</p>	
<p>_____</p>	
<p>5. Категорія особи з особливими освітніми потребами</p>	<p>_____</p>
<p>_____</p>	
<p>6. Коди умов (відповідно до Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання), створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</p>	
<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>	<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>
<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>	<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>
<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>	<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>
<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>	<p>/___/___/___/___/___/ (код умови)</p>
<p>7. Інші умови, що не зазначені в Переліку особливих (спеціальних) умов, що створюються для осіб з особливими освітніми потребами в пунктах проведення зовнішнього незалежного оцінювання, але створення яких хворий потребує для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</p>	
<p>_____</p>	
<p>Голова медичної комісії (ЛКК)</p>	<p>_____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)</p>
<p>Члени медичної комісії (ЛКК):</p>	<p>_____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)</p>
<p></p>	<p>_____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)</p>
<p></p>	<p>_____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)</p>
<p></p>	<p>_____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові)</p>
<p align="center">М.П.</p>	<p></p>
<p>(закладу охорони здоров'я або ЛКК)</p>	<p></p>
<p>Примітка. На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.</p>	