

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) | /____/____/____/____/ (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>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>Код за ЄДРПОУ</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">№</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>2. Дата народження (число, місяць, рік) _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Місце проживання особи _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. Діагноз захворювання або патологічний стан (відповідний шифр МКХ-10) (зазначається за згодою пацієнта)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5. Категорія особи з особливими освітніми потребами _____</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> <table border="0"> <tr> <td>/____/____/____/____/____/</td> <td>/____/____/____/____/____/</td> <td>/____/____/____/____/____/</td> <td>/____/____/____/____/____/</td> </tr> <tr> <td align="center">(код умови)</td> <td align="center">(код умови)</td> <td align="center">(код умови)</td> <td align="center">(код умови)</td> </tr> <tr> <td>/____/____/____/____/____/</td> <td>/____/____/____/____/____/</td> <td>/____/____/____/____/____/</td> <td>/____/____/____/____/____/</td> </tr> <tr> <td align="center">(код умови)</td> <td align="center">(код умови)</td> <td align="center">(код умови)</td> <td align="center">(код умови)</td> </tr> </table> | | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | (код умови) | (код умови) | (код умови) | (код умови) | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | (код умови) | (код умови) | (код умови) | (код умови) | | | | | | | | |
| /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (код умови) | (код умови) | (код умови) | (код умови) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | /____/____/____/____/____/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (код умови) | (код умови) | (код умови) | (код умови) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>Голова медичної комісії (ЛКК)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(підпис)</td> <td align="center">(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> <tr> <td>Члени медичної комісії (ЛКК):</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(підпис)</td> <td align="center">(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(підпис)</td> <td align="center">(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td align="center">(підпис)</td> <td align="center">(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> </table> | | Голова медичної комісії (ЛКК) | _____ | _____ | | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) | Члени медичної комісії (ЛКК): | _____ | _____ | | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) | | _____ | _____ | | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) | | _____ | _____ | | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) |
| Голова медичної комісії (ЛКК) | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Члени медичної комісії (ЛКК): | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">М.П.</p> <p align="center">(закладу охорони здоров'я або ЛКК)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Примітка. На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |