

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
03 травня 2023 року № 834

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 027/в ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ № _____
Код за ЄДРПОУ _____	
Довідка № _____ про лікування військовополоненого	
1. Дата видачі довідки _____ (число, місяць, рік)	2. Час видачі довідки _____ (години, хвилини)
3. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) військовополоненого _____	
4. Дата народження _____ (число, місяць, рік)	5. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/>
6. Місце проживання _____	
7. Тривалість лікування: Дата початку лікування _____ (число, місяць, рік) Дата закінчення лікування, виписки або смерті (підкреслити) _____ (число, місяць, рік)	
8. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення) із зазначенням характеру хвороби чи поранення _____ _____ захворювання – 1, поранення – 2 <input type="checkbox"/>	
9. Результат лікування: виписаний(а) з: одужанням – 1; поліпшенням – 2; погіршенням – 3; без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я – 6; здоровий(а) – 7 <input type="checkbox"/>	
10. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) лікування: _____	
11. Підпис і печатка (за наявності) лікаря, який(а) проводив(ла) лікування: _____	
12. Печатка закладу охорони здоров'я (за наявності), що засвідчує підпис лікаря, який(а) проводив(ла) лікування	

Директор Департаменту медичних послуг

Олександра МАШКЕВИЧ