

МЕДИЧНА ДОВІДКА
лікарсько-консультативної комісії

(найменування лікувально-профілактичного закладу, при якому утворена комісія)

**про огляд жінки для підтвердження факту народження нею дитини поза
закладом охорони здоров'я**

від _____ 20__ р.

№ _____

_____ (прізвище, ім'я та по батькові жінки)

Дата народження жінки _____

Дата огляду жінки _____ 20__ р.

Результати огляду жінки лікарем-акушером-гінекологом закладу охорони здоров'я

Імовірна дата пологів _____ 20__ р.

Голова комісії

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

Члени комісії:

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

Головний лікар

_____ (підпис)

_____ (ініціали та прізвище)

_____ 20__ р.

М.П.

Одержувач довідки

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ім'я та по батькові)

_____ 20__ р.