

ЗАТВЕРДЖЕНО

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

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я	<p style="text-align: center;"><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації <b>№ 086-3/о</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p style="text-align: center;">Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України</p> <p style="text-align: center;">№ _____</p>																								
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма  Код за ЄДРПОУ _____																									
<b>МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК № _____</b> <b>про створення особливих (спеціальних) умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання</b>																									
Дата видачі " _____ " _____ 20 ____ року																									
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 <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="text-align: center;">/ ____ / ____ / ____ / ____ / (код умови)</td><td style="text-align: center;">/ ____ / ____ / ____ / ____ / (код умови)</td><td style="text-align: center;">/ ____ / ____ / ____ / ____ / (код умови)</td><td style="text-align: center;">/ ____ / ____ / ____ / ____ / (код умови)</td></tr><tr><td style="text-align: center;">/ ____ / ____ / ____ / ____ / (код умови)</td><td style="text-align: center;">/ ____ / ____ / ____ / ____ / (код умови)</td><td style="text-align: center;">/ ____ / ____ / ____ / ____ / (код умови)</td><td style="text-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)																						
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																									
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 40%;">Голова медичної комісії (ЛКК)</td><td style="width: 20%; text-align: center;">_____</td><td style="width: 40%; text-align: center;">_____</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">(підпис)</td><td style="text-align: center;">(прізвище, ім'я, по батькові)</td></tr><tr><td>Члени медичної комісії (ЛКК):</td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">(підпис)</td><td style="text-align: center;">(прізвище, ім'я, по батькові)</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">(підпис)</td><td style="text-align: center;">(прізвище, ім'я, по батькові)</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: center;">_____</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">(підпис)</td><td style="text-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)																							
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 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table></p>									<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p><b>№ 086-3/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України</p> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> № <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr></table>												

<b>КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до МЕДИЧНОГО ВИСНОВКУ № _____</b> <b>про створення особливих (спеціальних) умов для проходження</b> <b>зовнішнього незалежного оцінювання</b>													
Дата видачі " _____ " _____ 20 ____ року													
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 умов)	/___/___/___/___/ (код умов)												
/___/___/___/___/ (код умов)	/___/___/___/___/ (код умов)												
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 _____													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">Голова медичної комісії (ЛКК) _____</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">(підпис)</td> <td style="width: 50%;">(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> <tr> <td>Члени медичної комісії (ЛКК): _____</td> <td style="text-align: center;">(підпис)</td> <td>(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">(підпис)</td> <td>(прізвище, ім'я, по батькові)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;">(підпис)</td> <td>(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)											
<b>М.П.</b> (закладу охорони здоров'я або ЛКК)													
<b>Примітка.</b> На основі контрольних талонів здійснюється облік виданих медичних висновків.													

**Директор департаменту вищої освіти  
Міністерства освіти і науки України**

**О. І. Шаров**

**В. о. директора Медичного департаменту  
Міністерства охорони здоров'я України**

**А. О. Гаврилюк**