

Приложение № 2  
к Приказу Министерства здравоохранения  
Республики Башкортостан  
от «\_\_» \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

**Реквизиты  
медицинской организации**

**СПРАВКА о состоянии здоровья**

Дата \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дана \_\_\_\_\_,

Дата рождения \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_\_ г.

Проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

в том, что он(она) состоит на диспансерном учете у врача аллерголога-иммунолога с диагнозом:  
(код по МКБ) \_\_\_\_\_

Рекомендации:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Справка выдана для предъявления \_\_\_\_\_

*Место печати МО*

Врач-педиатр/Врач-аллерголог \_\_\_\_\_

*подпись*