

Ставропольского края
«Ставропольский краевой центр лечебной
физкультуры и спортивной медицины»

**НАПРАВЛЕНИЕ****Кисловодский филиал**

357700 Ставропольский край
г. Кисловодск, ул. Ярошенко, 8
телефон-факс 3-11-30

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Специалист	Заключение	Подпись / печать
Хирург-ортопед (с 6 лет)		
Невролог (с 6 лет)		
Оториноларинголог (с 6 лет)		
Офтальмолог (с 6 лет)		
Стоматолог (с 6 лет)		
Анализ крови (с 6 лет)		
Анализ мочи (с 6 лет)		
ЭКГ (с 6 лет)		
Психиатр (с 13 лет)		
Уролог (с 13 лет)		
Дерматовенеролог (с 13 лет)		
Гинеколог (ж) (с 10 лет)		
Флюорография ОГК (с 15 лет)		

**Заключение
терапевта / педиатра**

подпись и М.П. врача

Ставропольского края
«Ставропольский краевой центр лечебной
физкультуры и спортивной медицины»

**НАПРАВЛЕНИЕ****Кисловодский филиал**

357700 Ставропольский край
г. Кисловодск, ул. Ярошенко, 8
телефон-факс 3-11-30

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Специалист	Заключение	Подпись / печать
Хирург-ортопед (с 6 лет)		
Невролог (с 6 лет)		
Оториноларинголог (с 6 лет)		
Офтальмолог (с 6 лет)		
Стоматолог (с 6 лет)		
Анализ крови (с 6 лет)		
Анализ мочи (с 6 лет)		
ЭКГ (с 6 лет)		
Психиатр (с 13 лет)		
Уролог (с 13 лет)		
Дерматовенеролог (с 13 лет)		
Гинеколог (ж) (с 10 лет)		
Флюорография ОГК (с 15 лет)		

**Заключение
терапевта / педиатра**

подпись и М.П. врача