

Приложение 1  
к Инструкции о порядке  
проведения диспансеризации

Форма

**Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента)  
в \_\_\_\_\_ году

Медицинские вмешательства (обследования), которые должны быть проведены пациенту при прохождении диспансеризации		Информация о проведении данных медицинских вмешательств (обследований) пациенту	
Название медицинского вмешательства (обследования)	Дата, когда назначено проведение медицинского вмешательства (обследования)	Название проведенного медицинского вмешательства (обследования)	Дата проведения указанного медицинского вмешательства (обследования) и подпись медицинского работника, его проводившего

С индивидуальным планом прохождения мною диспансеризации ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, инициалы пациента или его законного представителя)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.