Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я ____ ____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма ____ Код за ЄДРПОУ | | | | | | | | |	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 069/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України **1 4 0 2 1 2** № **1 1 0**

ЖУРНАЛ
запису амбулаторних операцій

Почато "_____" _______________ 20___ року

Закінчено "_____" _______________ 20___ року

№ з/п	Дата	Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Вік (для дітей до 1 року – число місяців, днів)	Місце проживання хворого	Діагноз
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*

Знеболення	Короткий опис операції	Прізвище та підпис лікаря і молодшого спеціаліста з медичною освітою
7	*8*	*9*