Приложение № 19

к приказу Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | | Код формы по ОКУД |  | |
|  | | Код учреждения по ОКПО | |  |
|  | | Медицинская документация | | |
| Адрес |  | Учетная форма № 086/у | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА №** |  |

**(врачебное профессионально-консультативное заключение)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия, имя, отчество |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Дата рождения: число |  | месяц |  | год |  |

3. Место регистрации:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| субъект Российской Федерации | | | |  | | | | |
| район |  | | | | город |  | | |
| населенный пункт | | |  | | | | | |
| улица |  | | | | | | дом |  |
| квартира | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. Место учебы, работы |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Перенесенные заболевания |  |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. Профилактические прививки |  |
|  | |
|  | |

7. Объективные данные и состояние здоровья:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач-терапевт | |  | | | | |
| Врач-хирург |  | | | | | |
| Врач-невролог | |  | | | | |
| Врач-оториноларинголог | | | | |  | |
| Врач-офтальмолог | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| Данные флюорографии | | | |  | | |
| Данные лабораторных исследований | | | | | |  |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 8. Заключение о профессиональной пригодности |  |
|  | |
|  | |

Дата выдачи справки:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись врача |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. Главного врача медицинской организации |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись |  |

М. П.

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.