|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название МО Адрес МО Телефон МО  **ВЫПИСКА** из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам ТИП медицинского осмотра, согласно приказу МЗ РФ от 28.01.21 г. № 29н  Ф.И.О.: **Фамилия Имя Отчество**  Пол: **П**  Дата рождения: **Дата**  Наименование работодателя: **Название**  Структурное подразделение: **Подразделение**  Должность (профессия): **Профессия**  Вредные производственные факторы и (или) виды работ (в соответствии с приложением к приказу МЗ РФ от 28.01.2021 г. № 29н): **Пункты**  Медицинское заключение**: Результат. Заключение**  Дата выдачи: **Дата**  Результаты обследований: **прилагаются**   |  | | --- | | **Название обследования** | | |  | | --- | | Название показателя: **Значение**Мера измерения | |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |