

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

№ п/п	Врач-специалист	Подпись
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

9		
10		
11		

Результаты предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

Дата вынесения заключения	Наименование вредного фактора или вида работы (в соответствии с Приказом МЗ РФ от 28.01.2021г. № 29н)	Стаж работы с вредными факторами производственной среды		Класс условий труда (если рабочее место аттестовано)	Заключение о профпригодн ости
		общий	В данной организации		

Установлена группа здоровья

*I группа - практически здоров

II группа – риск развития заболевания, нуждается в проведении профилактических мероприятий.

III группа - нуждается в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях

IV группа - нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях;

V группа –имеет показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (медицинская документация направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения).

Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения "Городская
поликлиника №60
Пушкинского района"
(СПБ ГБУЗ "ГП N 60")

ГОД

196601, г.Пушкин, ул.Московская, д.15
телефон 246-08-01 Эл.почта: p60@zdrav.spb.ru
ИНН 7820013680 КПП 782001001

Поликлиническое отделение _____

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ работника № _____

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

1. Ф.И.О. _____

2. Пол: _____

3. Дата рождения: _____

4. Адрес: _____

Телефон: _____

5.Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____

кем выдан _____

Страховой полис: № _____

Наименование страховой медицинской организации _____

6. Место работы _____

Форма собственности _____ ОКВЭД _____

8. Структурное подразделение _____

9. Должность (профессия)(вид работы) _____

10. Стаж работы общий: _____ в контакте с вредными факторами и работами _____

Вредные производственные факторы (согласно Пр. МЗ РФ от 28.01.2021г. № 29н): _____

11. Наблюдается ЛПУ (название, юридический адрес): _____

(медицинская организация, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения)

