

Наименование медицинской организации

\_\_\_\_\_

адрес

\_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация

форма № 086/у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

## 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.