

СПРАВКА

1-

Дана _____

В том, что он (она) прошел (прошла) профилактический осмотр в 201_ году

Диагноз(шифром): _____

Группа здоровья: _____

Справка выдана на основании приказа МЗ РФ № 514н от 10.08.2017г с изменениями от 29.01.2018г _____

Врач: _____

(подпись)

Зав. Поликлиникой: _____

(подпись)

М.П.

Приложение № 19
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «15» декабря 2014 г. № ВЗ4И

Наименование медицинской организации _____
Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____
Медицинская документация
Форма № 086/у

Утверждена приказом Минздрава России
от «15» декабря 2014 г. № ВЗ4И

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 _____

МП _____

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.