

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. № 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:
 - 1) БЦЖ _____ 2) Диаскинтест _____
 - 3) R3АКДС _____ 4) R3полиомиелит _____
 - 5) вирусный гепатит -В _____
 - 6) Rкори _____ 7) Rкраснухи _____
 - 8) Rпаротит _____ 9) Туляримия _____
 - 10) Вирус SARS COV-2 _____
 - 11) Грипп _____
7. Обективные данные и состояние здоровья:

Врач- терапевт _____

Врач-хирург _____

Врач – невролог _____

Врач-оториноларинголог _____

Врач-офтальмолог _____

Врач-психиатр _____

Данные флюорографии _____

Данные лабораторных исследований:
MOR: _____

Яйца гельминтов: _____
8. Заключение о профессиональной пригодности _____
9. Группа здоровья по результатам медицинского осмотра _____
10. Физкультурная группа _____

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 течении 6 месяцев со дня выдачи.