

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.