

Приложение N 19
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. N 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма N 086/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N _____
(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 _____

Приложение N 19
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. N 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма N 086/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N _____
(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-отоларинголог _____
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.

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт _____
Врач-хирург _____
Врач-невролог _____
Врач-отоларинголог _____
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.