Приложение № 19
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

оборотная сторона ф. № 086/у

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт

Врач-хирург

Врач-невролог

Врач-оториноларинголог

Врач-офтальмолог

Врач-нарколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-дерматовенеролог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-гинеколог

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.

**\*ПРИМЕЧНИЕ:** Заключение о профессиональной пригодности лиц, поступающих в учебное заведение, дается с указанием специальности (профессии).

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.