
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N _____
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения число _____ месяц _____ год _____
3. Место регистрации _____
Район _____ город _____
населенный пункт _____
улица _____ дом _____
квартира _____
4. Место учебы, работы _____

5. Перенесенные заболевания *(на усмотрение решения врача профпатолога)*:

6. Профилактические прививки *(на усмотрение решения врача профпатолога)*:

оборотная сторона ф. N 086/у

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт _____
Врач-хирург _____
Врач-невролог _____
Врач-оториноларинголог _____
Врач-офтальмолог _____

Данные флюорографии: Заключение врача с датой о прохождении, фото
Данные лабораторных исследований: *(на усмотрение решения врача профпатолога)*: _____

8. Заключение о профессиональной пригодности:

Дата выдачи справки:
" ____ " _____ 202 ____ г.
Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку _____

Подпись врача _____
Ф.И.О. Главного врача медицинской организации _____

Подпись _____
М.П. _____