

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 _____ кв _____

**4. Место учебы,
работы** _____

5. Перенесенные заболевания _____

**6. Профилактические
прививки** _____

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт _____

Врач-хирург _____

Врач-невролог _____

Врач-оториноларинголог _____

Врач-офтальмолог _____

Врач-дерматовенеролог _____

Врач-стоматолог _____

Врач акушер-гинеколог _____

Врач-психиатр _____

Врач-нарколог _____

Данные лабораторных исследований:

Исследование крови на сифилис _____

Мазок на гонорею _____

Исследование на гельминтозы _____

Клинический анализ крови _____

Клинический анализ мочи _____

ЭКГ _____

Данные

флюорографии _____

Исследование крови на содержание глюкозы, холестерина _____

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.

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.