

Наименование медицинской
организации _____

Код формы по
ОКУД _____

Код учреждения по
ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация

обязательного предварительного медицинского осмотра
(обследования) в порядке, установленном при заключении
трудового договора или служебного контракта по
соответствующей должности, профессии или специальности
обязательного предварительного медицинского осмотра
(обследования) в порядке, установленном при заключении
трудового договора или служебного контракта по
соответствующей должности, профессии или специальности
обязательного предварительного медицинского осмотра
(обследования) в порядке, установленном при заключении
трудового договора или служебного контракта по
соответствующей должности, профессии или специальности
(согласно Приказу Минздрава №29н от 28.01.2021г)

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 _____

оборотная сторона

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 _____

Ультразвуковое исследование органов малого таза _____

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.