

Клиническое государственное бюджетное
образовательное учреждение
«Специальное учебно-консультативное
учреждение «Регистров поддержки»

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

Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКНО

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: _____

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт _____

Врач-хирург _____

Врач-невролог _____

Врач-оториноларинголог _____

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 _____

М.П. _____

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.