

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

КОД формы по ОКУД \_\_\_\_\_

КОД учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация формы № 086/у

Утв. приказом Минздрава России

от «15» декабря 2014 г. № 834н

## МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

(врачебно-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 \_\_\_\_\_

**МП**

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.