

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 _____

Медицинская документация
Форма № 086/у
Утверждена приказом Минздрава
России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

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.

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № _____
(врачебное профессионально-консультативное заключение)**

от " _____ " _____ 200__ г.

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 _____
