Приложение N 19

к Приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ГБУЗ «Поликлиника и стационар»**

------------------------------------ Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес Медицинская документация

**г. Оренбург, ул. Примерная, д. 125**

------------------------------------ Форма N 086/у

Утверждена Приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**4321**

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N -------

(врачебное профессионально-консультативное заключение)

**Иванова Иванка Ивановна**

1. Фамилия, имя, отчество -------------------------------------------------

**22** **июля**  **2003**

2. Дата рождения: число ------ месяц ----------------- год ----------------

3. Место регистрации:

**Оренбургская область**

субъект Российской Федерации ----------------------------------------------

**Оренбург**

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город --------------------------------------------------

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Строителей проспект 22**

улица ------------------------------------------------------ дом ----------

**707**

квартира ------------------------------------------------------------------

**ГБОУ «Оренбургский аграрный колледж»**

4. Место учебы, работы ----------------------------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОРВИ, воспаление хитрости**

5. Перенесенные заболевания -----------------------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профилактические прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

оборотная сторона ф. N 086/у

7. Объективные данные и состояние здоровья:

**удовлетворительное** **ТЕРАПЕВТОВА**

Врач-терапевт -------------------------------------------------------------

**удовлетворительное** **ХИРУРГИН**

Врач-хирург ---------------------------------------------------------------

**удовлетворительное** **НЕВРОЛГИН**

Врач-невролог -------------------------------------------------------------

**удовлетворительное** **УХОГОРЛОНОСОВИЧ**

Врач-оториноларинголог ----------------------------------------------------

**удовлетворительное** **ГЛАЗНИКЯН**

Врач-офтальмолог ----------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**органы грудной клетки без патологии** **РЕНГЕНИГЯН**

Данные флюорографии -------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**медицинские противопоказания**

8. Заключение о профессиональной пригодности ------------------------------

**не выявлены**

---------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи справки:

**10 июня 10**

"--" ----------- 20-- г.

**Терапевтова Ирина Георгиевна**

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку -------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ТЕРАПЕВТОВА**

Подпись врача -------------------------------------------------------------

**Главврачихина Т. К.**

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации -----------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ГЛАВВРАЧИХИНА**

Подпись -------------------------------------------------------------------

М.П.

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.