

Приложение № 19
к приказу Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____
Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация _____
Учетная форма № 086/у _____
Адрес _____

**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.