

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

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____

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.