

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация _____

Адрес _____

Учетная форма № 086/у _____

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.