

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

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: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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.  
\_\_\_\_\_