|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Приложение № 19 | | |
|  | к приказу Министерства | | |
|  | здравоохранения Российской Федерации | | |
|  | от 15 декабря 2014 г. № 834н | | |
| 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

1. Место регистрации:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| субъект Российской Федерации | | | | | | | | |  |  |  |  |
| район | |  | | | | |  | | город |  | | |
| населенный пункт | | | |  | | | | |  |  |  |  |
| улица | |  | | | | | | |  |  | дом |  |
| квартира | | |  | | | | | |  |  |  |  |
| 4. | Место учебы, работы | | | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | | | | |  | |  |  |  |  |  |
| 5. | Перенесенные заболевания | | | | |  | | |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | |  |  |  |  |  |
| 6. | Профилактические прививки | | | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

оборотная сторона ф. № 086/у

1. **Объективные данные и состояние здоровья: Врач-терапевт Врач-хирург Врач-невролог Врач-оториноларинголог Врач-офтальмолог**



**Данные флюорографии**



**Данные лабораторных исследований**



1. **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. Бланкер.ру