риложение № 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 |  |

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| район |  | город |  |

населенный пункт

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| улица |  | дом |  |

квартира

4. Место учебы, работы **МУ ДМО**

5. Перенесенные заболевания

6. Профилактические прививки

оборотная сторона ф. № 086/у

**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.