

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. N 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N \_\_\_\_\_**  
**(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

\_\_\_\_\_

МП

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.