

Код формы по ОКУД  
Код организации по ОКПО

Наименование медицинской организации Адрес		Медицинская документация Форма № 086/у Утв. 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 \_\_\_\_\_
5. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Профилактические прививки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

Врач-терапевт \_\_\_\_\_

Врач-хирург \_\_\_\_\_

Врач-невропатолог \_\_\_\_\_

Врач-отоларинголог \_\_\_\_\_

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

Данные флюорографии \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

8. Заключение о профессиональной пригодности \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Ф. И. О. врача, выдавшего справку \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Ф. И. О. Главного врача медицинской организации \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

М.П.

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.