

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

оборотная сторона ф. № 086/у

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: **КГБ ПОУ «Комсомольский-на-Амуре колледж технологий и сервиса»**

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 \_\_\_\_\_

**М.П.**

**Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.**