

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
 Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_  
 Медицинская документация Форма N 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 \_\_\_\_\_

**оборотная сторона ф. N 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 \_\_\_\_\_

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