

Наименование медицинской организации  
\_\_\_\_\_  
адрес  
\_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма № 086/у  
Утверждена приказом Минздрава  
России от 12 декабря 2014г. № 834н

### МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
3. Место регистрации:  
субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_  
населённый пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_  
квартира \_\_\_\_\_
4. Место учёбы, работы ГАОУ КК «Новолеушковская школа-интернат  
с профессиональным обучением»
5. Перенесённые заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Профилактические прививки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт \_\_\_\_\_

Врач-хирург \_\_\_\_\_

Врач-невролог \_\_\_\_\_

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

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.