

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Адрес 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 _____

ОБОРОТНАЯ СТОРОНА ф. № 086/у

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.