**Приложение N 19
к приказу
 Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 года N 834н**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Наименование медицинской организации |  | Код формы по [ОКУД](https://docs.cntd.ru/document/9035738#7D20K3) |  |
|  |  | Код учреждения по [ОКПО](https://docs.cntd.ru/document/1200000447#7D20K3) |  |
|  |  | Медицинская документацияФорма N 086/у |
| Адрес |  |  | Утверждена приказом Минздрава России |
|  |  | от 15 декабря 2014 года 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. |