**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 документация Форма 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. | | | | | | | | | | | | |