Приложение № 19  
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  | Код формы по ОКУД |  | |
| ООО “БалтЗдрав” |  | Код учреждения по ОКПО | |  |
|  |  |  | | |
| Адрес |  | Медицинская документация | | |
| 000000, г. Санкт-Петербург, ул. Первая, дом 7, корпус 2 |  | Форма № 086/у | | |
|  |  | Утверждена приказом Минздрава России | | |
|  |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА №** | **1** |

**(врачебное профессионально-консультативное заключение)**

1. Фамилия, имя, отчество Иванов Иван Иванович

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Дата рождения: число | 01 | месяц | январь | год | 2005 |

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации г. Санкт-Петербург

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| район |  | город |  |

населенный пункт

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| улица | Первая | дом | 5 |

квартира 77

4. Место учебы, работы Предоставляется по месту требования

5. Перенесенные заболевания 1-ая категория здоровья

6. Профилактические прививки по возрасту

оборотная сторона ф. № 086/у

**7. Объективные данные и состояние здоровья:**

**Врач-терапевт** жалоб нет, здоров

**Врач-хирург** травмы отрицает, здоров

**Врач-невролог** Жалоб нет, патологий н/с не выявлено

**Врач-оториноларинголог** ШР = 6 м на оба уха, здоров

**Врач-офтальмолог** OS=OD=1, Цв в норме

**Данные флюорографии** № 321 от 21.10.2020

**Данные лабораторных исследований** Общ. ан. крови: Hb-140, Эр 4.5 ЦП 0,87,

Lei 5,2 П-1, С-60, Э-1, Б-1, Л-28, М-2, СОЭ-3 мм/ч

Ан. мочи: цв. сол. ж. пл - 1020 сах., белок - abs L-0-1 в п/эр.

**8. Заключение о профессиональной пригодности** здоров

профпригоден без ограничений

Дата выдачи справки:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ | 13 | ” | мая | 20 | 21 | г. |

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку Петрова П.П.

Подпись врача

**Ф.И.О. Главного врача медицинской организации** Сидоров С.С.

**Подпись**

**М.П.**

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.