

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 **КГА ПОУ «Колледж технологии и сервиса»**  
5. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

6. Профилактические прививки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Объективные данные и состояние здоровья:  
Врач-терапевт \_\_\_\_\_  
Врач-хирург \_\_\_\_\_  
Врач-невролог \_\_\_\_\_  
Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_  
Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_  
Психиатр \_\_\_\_\_  
Нарколог \_\_\_\_\_  
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.