

Приложение № 19

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

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Форма № 086/у

Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_**  
**(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 \_\_\_\_\_

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.

оборотная сторона ф. № 086

**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 \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_