

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.