

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.