

ООО «Медицинский центр «ПрофЭксперт»  
302026, Орловская обл. г. Орел, ул. Карачевская, д. 85

Код ОГРН

1	1	6	5	7	4	9	0	5	7	2	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Медицинская документация  
Форма № 086/У  
Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. N 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.