_____
(наименование медицинской организации)
_____
_____
(адрес)

Код ОГРН _____
Номер лицензии на право проведения предварительных медицинских осмотров и дата её выдачи
_____

Медицинская справка

1. Ф.И.О.: _____
2. Дата рождения: _____
3. Адрес места жительства:_____
_____
4. Наименование учебного заведения, куда предоставляется справка_____
_____
5. Перенесенные заболевания_____
6. Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения, заключение):
6.1. Клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ)_____
_____
6.2. Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка)_____
_____
6.3. Глюкоза крови_____
6.4. Общий холестерин крови_____
6.5. Кровь на сифилис (ОРС) _____
6.6. Кал на гельминтоз _____
6.7. Кал на кишечную группу_____
6.8. Исследование на брюшной тиф (РПГА)_____
6.9. Мазок на флору (для женщин)_____
6.10. Мазок на атипичные клетки (для женщин)_____
6.11. Мазок из зева и носа на патогенный стафилококк_____
6.12. Мазок на гонорею _____
6.13. ЭКГ_____
6.14. Флюорография/рентген ОГК_____
6.15 Кровь на ВИЧ_____
6.16 Кровь на Гепатит В(анти HBs)_____
6.17 Кровь на Гепатит С(анти HCV)_____

7. Заключение врачей-специалистов (дата осмотра, заключение, подпись, печать):
7.1. Психиатр_____
7.2. Нарколог_____
7.3. Дерматовенеролог_____
7.4. Оториноларинголог_____
7.5. Стоматолог_____
7.6. Акушер-гинеколог_____
7.7. Терапевт _____
8.Предохранительные прививки_____
9. Заключение о профессиональной пригодности_____
Дата выдачи: «_____»_____20__ г.

Председатель медицинской комиссии _____
М.П. (подпись) (Ф.И.О.)