

Приложение N 19  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. N 834н

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

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Форма N 086/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

оборотная сторона ф. N 086/у

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 \_\_\_\_\_

МП

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.