

\_\_\_\_\_

наименование учреждения

# МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

(Врачебное профессионально – консультативное заключение)

Заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие учебные заведения, техникумы, средне-специальные учебные заведения, профессионально-технические, технические училища на подростков, поступающих на работу.

от \_\_\_\_\_ 20 г.

1. Выдана \_\_\_\_\_

наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

2. Наименование учебного заведения, работы, куда представляется справка \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

4. Пол М \_\_\_\_\_ 5. Дата рождения \_\_\_\_\_  
Ж

6. Адрес местожительства \_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

терапевт \_\_\_\_\_

хирург \_\_\_\_\_

невропатолог \_\_\_\_\_

окулист \_\_\_\_\_

отоларинголог \_\_\_\_\_

\* другие специалисты \_\_\_\_\_

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования \_\_\_\_\_

10. Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

11. Предохранительные прививки (указать дату) \_\_\_\_\_

12. Врачебное заключение о профессиональной пригодности \_\_\_\_\_

**Подпись лица**

заполнившего справку \_\_\_\_\_

**Подпись главного врача**

лечебно-профилактического учреждения \_\_\_\_\_

м. п.

\* Примечание: - стоматолог, - нарколог, психиатр