
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН _____

Номер лицензии на право проведения предварительного медицинского осмотра и дата ее выдачи _____

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

3. Адрес постоянного места жительства: _____

4. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: абитуриент

5. Профессия (работа) Пр.2, п. _____ Приказ МЗ РФ №302н от 12.04.11

(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

6. Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения):

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. ЭКГ* _____

6.8. Флюорография/рентген ОГК* _____

7. Заключение врачей специалистов (дата осмотра, заключение, подпись, печать):

7.1. Врач-психиатр* _____

7.2. Врач-нарколог* _____

7.3. Дерматовенеролог* _____

7.4. Отоларинголог* _____

7.5. Стоматолог* _____

7.6. Акушер-гинеколог* _____

7.7. Терапевт* _____

7.8. Заключение врача-профпатолога* _____

* обязательные обследования

Дата выдачи: «__» _____ 20__ г.

Председатель медицинской комиссии _____

МП.

(ФИО.)

(подпись)