

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (адрес)

Код ОГРН \_\_\_\_\_

Номер лицензии на право проведения предварительных медицинских осмотров и дата ее выдачи \_\_\_\_\_

## **Предварительный (периодический) медицинский осмотр (обследование)**

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Серия и номер, дата выдачи полиса ОМС и страховая компания, выдавшая его: \_\_\_\_\_

3. Адрес постоянного места жительства: \_\_\_\_\_

4. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: \_\_\_\_\_

5. Профессия (работа): приказ МЗ и СР РФ №29н от 28.01.2021г.

**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 Исследование вестибулярного анализатора\* \_\_\_\_\_

6.6 Аудиометрия\* \_\_\_\_\_

6.7 Мазок на флору (для женщин) \_\_\_\_\_

6.8 Мазок на атипичные клетки (для женщин) \_\_\_\_\_

6.9. ЭКГ\* \_\_\_\_\_

6.10. Флюорография / рентген ОГК\* \_\_\_\_\_

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

7.1. Психиатр\* \_\_\_\_\_

7.2. Нарколог\* \_\_\_\_\_

7.3 Дерматовенеролог\* \_\_\_\_\_

7.4 Невролог \* \_\_\_\_\_

7.5 Офтальмолог\* \_\_\_\_\_

7.6. Оториноларинголог\* \_\_\_\_\_

7.7 Стоматолог\* \_\_\_\_\_

7.8 Акушер-гинеколог\* \_\_\_\_\_

7.9 Терапевт\* \_\_\_\_\_

7.10 Заключение врача - профпатолога\* \_\_\_\_\_

(не имеет / имеет медицинские противопоказания к обучению, к работе)

\*обязательные обследования

Дата выдачи: «    » \_\_\_\_\_ 2023г.

Руководитель подразделения

\_\_\_\_\_  
М.П.

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)