_____
(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. ЭКГ*_____
6.8. 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: « »_____2026 г.

Руководитель подразделения

М.П. (подпись) (Ф.И.О.)