_____
(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 крови на сифилис*_____

6.5.1 Гепатит В С_____

6.5.2. ВИЧ 1_____

6.6. ЭКГ*_____

6.7. 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. Оториноларинголог*_____

7.6 Офтальмолог*_____

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.)