
(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. Исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций _____

6.7. Серологическое обследование на брюшной тиф* _____

6.8. Исследование на гельминтозы* _____

6.9. Мазок из зева и носа на наличие патогенного стафилококка* _____

6.10. ЭКГ* _____

6.11. 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: « » _____ 2025 г.

Руководитель подразделения

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)