

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации  
№ **086/у**

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_**

**(врачебное консультативное заключение)**

заполняется на абитуриентов, поступающих в учебные заведения всех уровней аккредитации

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

1. Выдана \_\_\_\_\_

(наименование и адрес учреждения, выдавшего справку)

2. Наименование учебного заведения, в которое подается справка \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

4. Пол: мужской – 1    женский – 2   

5. Дата рождения \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

6. Место проживания абитуриента \_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

1. Объективные данные и состояние здоровья абитуриента на дату обследования:  
терапевт (врач общей практики-семейной медицины)

хирург

невропатолог

окулист

отоларинголог

другие специалисты

2. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования

3. Данные лабораторных исследований

4. Данные инструментальных исследований

5. Профилактические прививки

6. Врачебное заключение о профессиональной пригодности

Подпись врача, выдавшего справку

Подпись руководителя учреждения здравоохранения

М.П.



Медицинская  
справка  
действительна в

течение 6 месяцев со  
дня выдачи