
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН _____

Номер лицензии на право проведения предварительного медицинского осмотра и дата ее выдачи _____

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

3. Адрес постоянного места жительства: _____

4. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: поступающий5. Профессия(работа) Пр.1,п.25 Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 №29 н
(номер пункта или пунктов Перечня**, перечислить)Работы в организациях, деятельность которых связана с воспитанием и обучением детей**6. Лабораторные инструментальные методы исследования (дата проведения):**

Клинический анализ крови*(гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) _____

Клинический анализ мочи*(удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка) _____

Глюкоза крови* _____

Общий холестерин крови* _____

Кровь на сифилис(ОРС)* _____

Кал на гельминтоз* _____

ЭКГ* _____

Флюорография/рентген ОГК* _____

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

Врач-психиатр* _____

Врач-нарколог* _____

Дерматовенеролог* _____

Отоларинголог* _____

Стоматолог* _____

Акушер-гинеколог* _____

Терапевт* _____

Заключение врача-профпатолога* _____

* обязательные обследования

Дата выдачи: « _____ » _____ 20 _____ г.

Председатель медицинской комиссии _____

МП.

(ФИО.)

(подпись)