

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

по результатам предварительного, периодического, внеочередного
медицинского осмотра (обследования)
(нужное подчеркнуть)

от " _____ " _____ 20 _____ г. № _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: число __ месяц _____ год _____

Пол лица, поступающего на работу мужской/женский (нужное подчеркнуть)

Наименование работодателя _____

Наименование структурного подразделения работодателя (при наличии),

Наименование должности (профессии) или вида работы _____

наименование вредных и (или) опасных производственных факторов, видов работ	пункт приказа МЗ РФ 29н

NN п/п	заключения врачей- специалистов,	Дата выполнения	Диагноз	Код МКБ10 (впервые выявленное заболевание)	Группа здоровья (I, II, IIIа, IIIб)
1	Терапевт (профпатолог)				
2	Невролог				
3	Психиатр				
4	Нарколог				
5	Гинеколог (женщины)				
6	Офтальмолог				
7	Оториноларинголог				
8	Хирург				
9	Дерматовенеролог				
10	Стоматолог				
	результаты лабораторных и иных исследований	Дата выполнения	Значение/протокол исследований/заключение	Единицы измерения (при наличии)	Отклонение от нормы/комментарий
	рост				
	масса тела				
	окружность талии				
	индекс массы тела				
	общий анализ крови				
	клинический анализ мочи				
	Электрокардиограф ия				

артериальное давление на периферических артериях				
уровень общего холестерина в крови				
уровень глюкозы в крови натощак				
Сердечно-сосудистый по SCORE				
флюорография или рентгенография легких в двух проекциях (прямая и правая боковая)				
внутриглазное давление (у граждан в возрасте с 40 лет и старше)				
бактериологическое (на флору) исследование (женщины)				
цитологическое (на атипичные клетки) исследование (женщины)				
ультразвуковое исследование органов малого таза (женщины)				
маммография обеих молочных желез в двух проекциях (женщины в возрасте старше 40 лет)				
иные методы исследования (при наличии)				
Визометрия (VOD, VOS)				
Рентгенография длинных трубчатых костей				
Исследование функции вестибулярного аппарата				
Тональная пороговая аудиометрия				
Спирометрия				
Пульсоксиметрия				
Психофизиологическое исследование				
и др.				

Заключение по результатам предварительного, периодического, внеочередного медицинского осмотра:

- медицинские противопоказания к работе не выявлены

- медицинские противопоказания к работе выявлены (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания)

ВК № _____ от « _____ » _____ г.
(соответствующее подчеркнуть)

Группа здоровья: (I группа, II группа, IIIа группа, IIIб группа)
(соответствующее подчеркнуть)

Рекомендации

(по профилактике заболеваний, по дальнейшему диспансерному наблюдению, обследованию, лечению и медицинской реабилитации, санаторно-курортному лечению)

Председатель врачебной комиссии _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Дата выдачи Выписки, печать медицинской организации

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись работника _____ (_____)
(Ф.И.О.)