_____

(наименование медицинской организации)

_____

_____

(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. **Ф.И.О.**_____

2.**Дата рождения**_____

(число, месяц, год)

3. **Адрес постоянного места жительства:**_____

_____

4.**Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения):**

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

_____

6. Общий анализ мочи*(удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка)_____

_____

7. Глюкоза крови*_____

8. Общий холестерин крови*_____

9. Кровь на сифилис*_____

10.Кал на гельминтоз*_____

11. ЭКГ*_____

12. УЗИ ОБП_____

13.Флюорография/рентген ОГК*_____

14. Anti-HIV,HBsAg, анти-HBc**_____

15. **Заключение врачей специалистов** (дата осмотра, заключение, подпись, печать);

16. Врач-психиатр*_____

17. Врач-невролог*_____

18. Окулист*_____

19.Отоларинголог*_____

20. Стоматолог*_____

21. Акушер-гинеколог*_____

22. Нарколог_____

23. Педиатр*_____

24. Группа здоровья_____Физ. группа_____

25. Сведения о вакцинации (или копия прививочного сертификата)**_____

Дата выдачи: «_____»_____20___

Руководитель подразделения

_____

М.П. (Ф.И.О.) (подпись)