

Медицинский центр ООО «Мой доктор»
(наименование ответственной медицинской организации)

Код формы по ОКПД
Код учреждения по ОКПО 91821091

Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Адрес г. Владивосток, ул. Печорская, д. 8 эт. 1

Тел.: +7 (423) 246-99-46, ОГРН 1112536015789

Лицензия № ЛО-25-01-004533 от 05.12.18 г.

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «19» ноября 2021 г. № 1079н

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ 05 0000011

о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих
опасность для окружающих

от " 20 г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ;
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
место рождения _____ ;
3. Пол (мужской/женский)
4. Документ, удостоверяющий личность _____
(№, серия, дата и место выдачи)
5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания)
_____ (русское подданство)
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
6. Сведения об имеющемся гражданстве _____
7. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____
8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

Медицинский центр ООО «Мой доктор»
(наименование ответственной медицинской организации)

Код формы по ОКПД
Код учреждения по ОКПО 91821091

Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Адрес г. Владивосток, ул. Печорская, д. 8 эт. 1

Тел.: +7 (423) 246-99-46, ОГРН 1112536015789

Лицензия № ЛО-25-01-004533 от 05.12.18 г.

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ 05 0000011

о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих
опасность для окружающих

от " 20 г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ;
2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
место рождения _____ ;
3. Пол (мужской/женский)
4. Документ, удостоверяющий личность _____
(№, серия, дата и место выдачи)
5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания)
_____ (русское подданство)
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
6. Сведения об имеющемся гражданстве _____
7. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____
8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

ЭКЗЕМПЛЯР № 2

ЭКЗЕМПЛЯР № 1

9. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-фтизиатр _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата освидетельствования)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата освидетельствования)

10. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-дерматовенеролог _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

11. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-инфекционист _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

12. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-терапевт _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

13. Медицинское заключение:
Выявлено наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний, представляющих
опасность для окружающих (нужное подчеркнуть).

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

9. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-фтизиатр _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата освидетельствования)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата освидетельствования)

10. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-дерматовенеролог _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

11. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-инфекционист _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

12. Заключение _____
(отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-терапевт _____
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. (при наличии) _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

13. Медицинское заключение:
Выявлено наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний, представляющих
опасность для окружающих (нужное подчеркнуть).

Уполномоченное лицо медицинской организации _____
должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись
М.П. _____ 20 _____ Г.
« _____ » _____
(дата)

ЛИНИЯ ОТРЕЗА