

Медицинская справка (заключение)

Имя заявителя _____

Адрес _____

Дата рождения _____

Я, нижеподписавшийся доктор, ознакомлен с историей болезни вышеобозначенного заявителя и могу подтвердить, что он/она не имеют хронических и инфекционных заболеваний.

Ф.И.О. врача, подпись _____

М.П.

Дата

Медицинская справка

1. Данные заявителя:

Фамилия _____
Имя _____
Дата и место рождения _____
Адрес проживания _____
Университет _____
Желаемая дата прохождения практики _____
Желаемый факультет (кафедра) _____

2. Данные врача

Фамилия _____
Имя _____
Подпись _____
Печать _____

3. Данные о прививках

БЦЖ _____
Коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин+ _____
Гемофильная инфекция В+ _____
Противополиомиелитная инактивированная вакцина _____
Ассоциированная паротитно-коревая краснушная вакцина _____
Ацеллюлярная АКДС-вакцина+Противополиомиелитная инактивированная вакцина _____
АКДС _____
Гепатит В _____

Другие:

Хронические заболевания _____
Психические заболевания _____
Инфекционные заболевания _____
Нетрудоспособность/инвалидность _____
Аллергические реакции _____
Принимаемые лекарства _____

Я заявляю под ответственность, что вышеуказанные данные действительны:

Дата, подпись, печать врача _____

Дата, подпись заявителя _____