

1. Тришківа З.М.  
 (найменування суб'єкта господарювання)  
 \_\_\_\_\_  
 Протипоказання відсутні для виконання обов'язків  
коксар  
 (назва професії)  
 \_\_\_\_\_  
 (характер виконуваних робіт)

Дата наступного  
 личного огляду «16» 08 2018 року.  
 Найменування закладу охорони здоров'я, який проводить  
 личний огляд КЗ "АЦРП" ДОР  
 \_\_\_\_\_  
 Дата проведення  
 личного огляду «16» 08 2018 року.

П.  
 рівник закладу  
 охорони здоров'я \_\_\_\_\_  
 (підпис) (П.І.Б.)

1. Ремесло металевих оц  
 (найменування суб'єкта господарювання)  
 \_\_\_\_\_  
 2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків  
коксар  
 (назва професії)  
 \_\_\_\_\_  
 (характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного  
 медичного огляду «01» 08 2019 року.  
 4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводить  
 медичний огляд КЗ "АЦРП" ДОР  
 \_\_\_\_\_  
 5. Дата проведення  
 медичного огляду «01» 08 2018 року.

М.П.  
 Керівник закладу  
 охорони здоров'я \_\_\_\_\_  
 (підпис) (П.І.Б.)

\_\_\_\_\_ (найменування суб'єкта господарювання)  
 \_\_\_\_\_  
 типпоказання відсутні для виконання обов'язків  
 \_\_\_\_\_  
 (назва професії)  
 \_\_\_\_\_  
 (характер виконуваних робіт)

Дата наступного  
 ного огляду «  » \_\_\_\_\_ року.  
 менування закладу охорони здоров'я, який проводить  
 ний огляд \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 з проведення  
 ного огляду «  » \_\_\_\_\_ року.

ик закладу  
 и здоров'я \_\_\_\_\_  
 (підпис) (П.І.Б.)



Серія 1ААВ № **005881**

Найменування підприємства, підрозділу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>  Форма первинної облікової документації <b>№ 1-ОМК</b>  <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b> Наказ МОЗ України 21 лютого 2013 року № 150
Найменування та місцезнаходження (адреса) закладу охорони здоров'я, де знаходиться форма	
Код за ЄДРПОУ	

**ОСОБИСТА МЕДИЧНА КНИЖКА**



Прізвище Таранович  
 Ім'я Валерій  
 По батькові Іванович

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		Медична документація Форма № 140-5/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 21.02.2013 р. № 150
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		
Код за ЄДРПОУ _____		

## МЕДИЧНА КАРТА

огляду осіб для визначення спроможності займатися відповідним видом діяльності  
та станом здоров'я

Прізвище Гаранович

Ім'я, по батькові Валерій Єванович

Рік народження 1965 р.ч

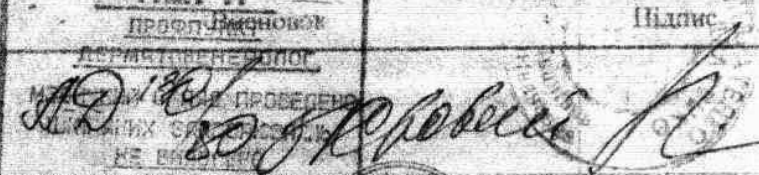

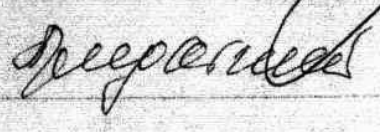

Місце проживання с. Радичівка Косівського

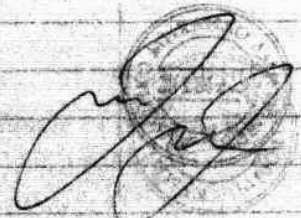
Професія, посада кошегар (Водій)

Професія, посада, категорія працюючих \_\_\_\_\_

згідно з наказом МОЗ України від 23 липня 2002 року № 280 \_\_\_\_\_

Черговий медичний огляд призначено на « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року

Дата	Прийом	Підпис
	Терезини	
	Дерматоскопуючи	
01.08.18	Отоларинголог	
	Стетоскоп	
	Інші спеціальності	
1.08.18р 17 код - отітис		

№	Ім'я хворого	Вік	Стать
16.04.18	Мамунда Ірина Вікторівна	55	Ж
№55243			
	ВІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ	Мамунда Ірина Вікторівна	
	на СНІД	ВІРІА	
	Інші за показанням	ПАТОБАКТЕРІОЛОГІЯ	
	Бактеріологічні дослідження	<i>отіт</i>	
	На гонорей	<i>отіт</i>	
	На трихомонади, хламідії		
	На патогенний стафілокок		
	Інші за показанням		
	Морфологічні дослідження		
	На грибок		
	На кандидоз інфекцій		
	На патогенний стафілокок		
	Інші за показанням		
До праці погодив і погодилася			
Семінарський №7			