

Наименование ответственной медицинской организации _____

Код формы по ОКПДУ _____

Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма N 001-ИЗ

Лицензия _____

Медицинское заключение ИЗ № 0015497

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) (нужное подчеркнуть)

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 _____

9. Заключение _____

(отсутствие инфекционных заболеваний)

Врач-фтизиатр _____

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

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 _____

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

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 _____

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

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 _____

фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

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)

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Адрес _____

Код учреждения по ОКПО _____

Лицензия _____

Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Медицинское заключение серия ИЗ № 0000999

об отсутствии факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов

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) (нужное подчеркнуть)

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 _____

9. Дата выдачи медицинского заключения: число _____ месяц _____ год _____

10. Медицинское заключение: выявлено отсутствие факта употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов.

11. Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись врача, выдавшего медицинское заключение: _____

М.П. (при наличии)