
(наименование государственной медицинской организации)

Адрес _____

Лицензия _____

Код формы по ОКЦДУ _____

Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 29 июня 2015 г. № 384н

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации

СЕРИЯ АВ № 00000001

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 пребывания, место фактического проживания)
(нужное подчеркнуть)
субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____
населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____
6. Страна постоянного (преимущественного) проживания _____
7. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации _____

00000001

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКПUD _____

Адрес _____

Код учреждения по ОКПО _____

Лицензия _____

Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ серия 00 № 000000

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: _____