

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
I. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ



1. Тегі

Фамилия

2. Аты

Имя

Карина-гош

3. Әкесінің аты (бар болса)

Отчество (при наличии)

4.

сериясы/серия

№

АНЧ: 750124450392

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы

Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы

Серия личной медицинской книжки

AA

№

491363

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы

Основная профессия

Жергілікті
дәрігері тәрбие

2. Лауазымы

Должность

Тыңшы

3. Жұмыс орны

Место работы

Раздольное кенті
орта мектебі

4. Туған жылы, айы, күні

Дата рождения

14.01.1975ж.

5. Мекен-жайы

Место жительства

Ишкескен.

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	КТ - от 05.11.2023	
	(пересматривать)	
	отображение в 899	
	правого легкого	
	обратившись в ца-	
	вси дому	
	(см. вгг)	
	отот. мшшц /матрора	
	стекло- в вгг	
	до : ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАЙОННЫЙ ЕМХАНАСЫ ШҚК МКК ОПЕРАТОРА ОБСЛЕДОВАНИЯ	
	04.04.2023	4
	кй - 24.04.23	
	узелков от фгг	
	Нг м	

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	в дгг	
	вгг	
	Нгг	
	пересматривать	
	Нгг	

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « ____ » жылы күні айы Допуск к работе « ____ » дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
ДОПУСКАЕТСЯ К РАБОТЕ 21.10.2014 233		
ДОПУСКАЕТСЯ К РАБОТЕ 29.03.2016 771 10.10.2015		

