

Приложение 2

к Порядку проведения медицинского освидетельствования лиц на предмет наличия (отсутствия) заболеваний, препятствующих поступлению на службу в органы прокуратуры Донецкой Народной Республики и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника (пункт 3.8)

Наименование государственного органа или местной администрации Донецкой Народной Республики, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения

Полное наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код юридического лица \_\_\_\_\_

ФОТО

3 x 4 см

КАРТОЧКА № \_\_\_\_\_

**о состоянии здоровья лица,  
поступающего на службу в органы прокуратуры**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Дата и место рождения \_\_\_\_\_
3. Место жительства \_\_\_\_\_
4. Место регистрации \_\_\_\_\_
5. Подтверждаю правдивость предоставленной мной информации, в том числе о состоянии здоровья, и даю согласие на обработку моих персональных данных в картотеке и информационной системе учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

6. Место работы (наименование органа) \_\_\_\_\_
7. Должность \_\_\_\_\_
8. Справка к акту освидетельствования МСЭК: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ (при наличии)

(наименование учреждения здравоохранения, выдавшего указанную форму)

9. Сертификат о прохождении профилактического наркологического осмотра: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения, выдавшего указанную форму)

10. Медицинская справка о прохождении предварительного и периодического психиатрических осмотров: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения, выдавшего указанную форму)

11. Данные осмотра:

11.1. Врач-терапевт \_\_\_\_\_

(дата, фамилия и инициалы)

11.2. Врач-акушер-гинеколог (врач-уролог) \_\_\_\_\_

(дата, фамилия и инициалы)

11.3. Врач-невролог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, фамилия и инициалы)

11.4. Врач-дерматовенеролог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, фамилия и инициалы)

11.5. Врач-хирург \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, фамилия и инициалы)

11.6. Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, фамилия и инициалы)

11.7. Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, фамилия и инициалы)

11.8. Врач-психиатр \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, фамилия и инициалы)

11.9. Врач-психиатр-нарколог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, фамилия и инициалы)

12. Лабораторные исследования \_\_\_\_\_

13. Диагностические исследования \_\_\_\_\_

14. Рекомендации врачебной комиссии по проведению лечебно-оздоровительных мероприятий:

\_\_\_\_\_  
(имеются, отсутствуют)

15. Вывод врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия и инициалы)

М.П.

Дата заполнения Карточки

« \_\_\_\_\_ »

20 \_\_\_\_\_ г.