

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ**

Форма первинної облікової документації  
**№ 1-ОМК**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ МОЗ України

№

**ОСОБИСТА  
МЕДИЧНА КНИЖКА**

Місце для  
фотографії  
3x4 см

Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

По батькові \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_  
(найменування суб'єкта господарювання)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків \_\_\_\_\_  
(назва професії)  
\_\_\_\_\_  
(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного медичного огляду " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ року.

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив медичний огляд  
\_\_\_\_\_

5. Дата проведення медичного огляду " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ року

М.П.

Керівник закладу охорони здоров'я

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (П.І.Б.)



Дата	Обстеження	Результати	Підпис
	Флюорографія (інші методи обстеження на туберкульоз легень)		
	Крові: на сифіліс		
	на вірусні гепатити		
	на СНІД		
	Інші за показанням		
	<b>Бактеріоскопічні дослідження</b>		
	На гонорею		
	На трихомоніаз, хламідіоз		
	На патогенний стафілокок		
	Інші за показанням		
	<b>Бактеріологічні дослідження</b>		
	На гонорею		
	На кишкові інфекції		
	На патогенний стафілокок		
	Інші за показаннями		

Висновок голови комісії \_\_\_\_\_

_____ (П.І.Б.)	_____ (підпис)
-------------------	-------------------