

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 076/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020



"Азаматтық және қызметтік қару, азаматтық пиротехникалық заттардың айналымы салаларындағы рұқсаттар алу үшін медициналық қарап-тексеру қорытындысы" № 076/е нысаны Форма № 076/у "
Заключение медицинского осмотра (для получения разрешений в сферах оборота гражданского и служебного оружия, гражданских пиротехнических веществ)"

06.04.2027

Азаматқа берілді (Выдано гражданину (-ке)): _____
Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН/ИИН _____
Облыс (қала) /Область (город) АЛМАТЫ аудан(район) _____

Алдын-ала/периодтық қараудың нәтижелері бойынша (керекті астын сызыңыз)/по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра нужно подчеркнуть) в организации

Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Центр психического здоровья" Управления общественного здравоохранения города Алматы

• Терапевт-дәрігері (Врач-терапевт) _____
қолы (подпись) _____ Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Куәландыру мерзімі (Дата освидетельствования) _____

Қорытынды (Заключение)

қарсы көрсетілімдер (противопоказания) отсутствуют

Дәрігердің мөр орны (Место печати врача)

• Невропатолог-дәрігері (Врач-невропатолог) _____
қолы (подпись) _____ Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Куәландыру мерзімі (Дата освидетельствования) _____

Қорытынды (Заключение)

қарсы көрсетілімдер (противопоказания) отсутствуют

Дәрігердің мөр орны (Место печати врача)

• Офтальмолог-дәрігері (Врач-офтальмолог) _____
қолы (подпись) _____ Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Куәландыру мерзімі (Дата освидетельствования) _____

Қорытынды (Заключение)

қарсы көрсетілімдер (противопоказания) отсутствуют

Дәрігердің мөр орны (Место печати врача)

• Оториноларинголог дәрігері (Врач-оториноларинголог) _____
қолы (подпись) _____ Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Куәландыру мерзімі (Дата освидетельствования) _____

Қорытынды (Заключение)

қарсы көрсетілімдер (противопоказания) отсутствуют

Дәрігердің мөр орны (Место печати врача)

Психиатр дәрігері психологиялық тестлеумен (Врач-психиатр с психологическим тестированием) _____
қолы (подпись) _____ Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Куәландыру мерзімі (Дата освидетельствования) _____

Қорытынды (Заключение) _____
отсутствуют

Дәрігердің мөр орны (Место печати врача)

• Психобелсенді заттардың болуына сұйық биологиялық ортаға талдау (Исследование жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ)

мерзімі (дата) _____ қорытындысы (результат)

орындаушының Т.А.Ә. (Ф.И.О. исполнителя) _____ орындаушының қолы (подпись исполнителя)

• Нарколог-дәрігері (Врач-нарколог) _____ қолы (подпись) _____ Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Қуәландыру мерзімі (Дата освидетельствования) _____

Қорытынды (Заключение) _____

қарсы көрсетілімдер (противопоказания) отсутствуют

Дәрігердің мөр орны (Место печати врача)

Медициналық тексеру қорытындысы (Заключение медицинского осмотра)

Дәрігер-терапевт (Врач терапевт) _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)/подпись Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)

Мөрдiң орны (Место печати врача)

Медициналық ұйымның басшысы (Руководитель медицинской организации) _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)/подпись Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)

Мөрдiң орны (Место печати врача)

Комиссия төрағасы (Председатель комиссии) _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)/подпись Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)

Хатшы (Секретарь) _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)/подпись Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)