

Наименование ответственной медицинской организации _____ Код формы по ОКПДУ _____

Адрес _____ Код учреждения по ОКПО _____

Лицензия _____ Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Медицинское заключение № 000 0000000

о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих

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 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 _____

Наименование медицинской
организации _____

Код формы по ОКУД _____

Адрес _____

Код учреждения по ОКПО _____

Лицензия _____

Медицинская документация
Форма № 001-ИЗ

Медицинское заключение № 00Г 0000000

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 ____

_____ (Наименование медицинской организации)

_____ (адрес местонахождения, телефон)

ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ (дата выдачи, номер и срок действия лицензии)

СЕРТИФИКАТ серия 450215 № 0000000
об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

настоящим подтверждаю, что

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

_____ (паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, страна постоянного или преимущественного проживания)

_____ (дата рождения)

был(а) _____
обследован(а)

_____ (дата тестирования, серия тест-системы)

Определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех классов (IgG, IgM) методом иммуноферментного анализа с ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ результатом.

Врач-специалист, направивший на обследование _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Главный врач медицинской организации _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого _____ (подпись) М.П.
(при наличии)



450215 0000000

Срок действия с « _____ » _____ Г. до « _____ » _____ Г.