



М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия

2. Аты
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)

4. сериясы/серия

No

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

No

897110

2

• ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК КИТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА •

УКН 910212402382

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

5. Мекен-жайы
Место жительства

• ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК КИТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА •

05.09.22 *Здоров*

Поликлиника №7 г.Нур-Султан
ОРЫНБЕКОВА
АЙНУР

ПЛ/910212402382/87078174757

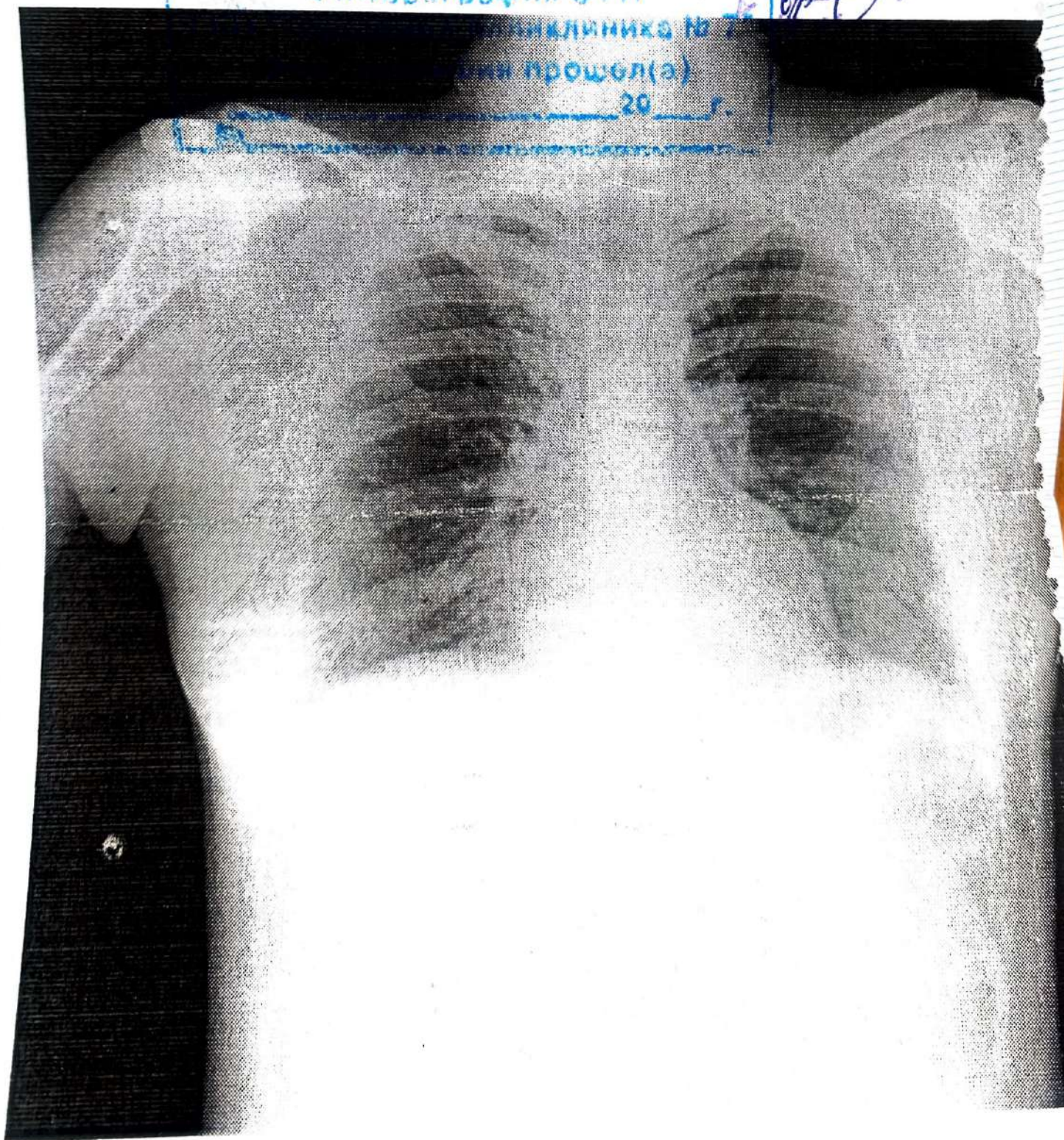
Дата рожд.: 12.02.1991 Дата обл.: 16.08.2023 15:00:45 №: 896

Э.Д.О. расчёт.: 6,741 мкЗв

Ф.И.О. врача: Амантай М.

Заключение: Без патологических изменений. 1-2 читка

ШЖК КТКІ № 7 қаналық емхана
Флюорография ОТІ



РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Айкыр

Күні Дата	Зертханалык зерттеулер және медициналык тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналык тексеріп- карау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША	
	Қазақстан Республикасы Ақмола облысы Нуринский р-он	
Флюорография	05.09.22	мед. орб. ор.
Шифр		
АКТИВНЫХ ТУБ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ НЕТ	Врач	Сериев
	Флюорография	160823%
	Флюорография	160823%
	Флюорография	160823%
	Флюорография	160823%
	Флюорография	160823%
	Флюорография	160823%
	Флюорография	160823%

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДЭРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕ-
ДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и « медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	Клинико-лабораторическая лаборатория Нуринского района	
	МИКРОРЕАКЦИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ	
	Врач-Лаборант	
	КГП на ПУВ «Районная больница Нуринского района» УЗКО	
	№ от 31.08.2024 г.	
	МИКРОРЕАКЦИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ	
	Лаборатория	
	Подпись	

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДЭРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕ-
ДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и « медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
05.09.22		
31.08.24		

**12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ
НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ
НОРМАТИВТЕРДІ БЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ
ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ
ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ
НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
20 23	Ж. « 06 » 09	«ГИГИЕНАЛЫҚ ОҚЫТУДЫ ӨТТІ» № 11 Тексеруші: Т.А.Ә. (қолы)
20 24	Ж. « 31 » 07	«ГИГИЕНАЛЫҚ ОҚЫТУДЫ ӨТТІ» № 11 Тексеруші: Т.А.Ә. (қолы)

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «___» жылы, күні, айы Допуск к работе «___» дата, месяц, год	Денсаулық сақтау subjekтілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
<p>«Нұра ауданының аудандық орталық ауруханасы» коммуналдық мемлекеттік кәсіпорыны 2023 ж. «05» 09 дейін ЖҰМЫС ІСТЕУ РҰҚСАТ ЕТІЛДІ дәрігердің қолы: <i>[Signature]</i></p>		
<p>КОДСБ ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ «НҰРА АУДАНЫНЫҢ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» КМК 2025 ж. «31» 07 дейін ЖҰМЫС ІСТЕУ РҰҚСАТ ЕТІЛДІ дәрігердің қолы: <i>[Signature]</i></p>		

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «___» жылы, күні, айы Допуск к работе «___» дата, месяц, год	Денсаулық сақтау subjekтілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
<p>«Нұра ауданының аудандық орталық ауруханасы» коммуналдық мемлекеттік кәсіпорыны 2023 ж. «05» 09 дейін ЖҰМЫС ІСТЕУ РҰҚСАТ ЕТІЛДІ дәрігердің қолы: <i>[Signature]</i></p>		
<p>КОДСБ ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ «НҰРА АУДАНЫНЫҢ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» КМК 2025 ж. «31» 07 дейін ЖҰМЫС ІСТЕУ РҰҚСАТ ЕТІЛДІ дәрігердің қолы: <i>[Signature]</i></p>		

**14. ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ
ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
ОСМОТРА**

<p>Күні Дата</p>	<p>Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра</p>	<p>Медициналық тексеріп- қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр</p>
<p>gn tzh</p>	<p>ҚОДСЫ ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҢДАҒЫ «НҰРА АУДАНЫНЫҢ АУДАНЫДЫҚ АУРУХАНАСЫ» КМҚ Жағындымын тазалық дәрежесі</p>	<p>Медициналық</p>
<p>gn tzh</p>	<p>Медициналық</p>	<p>Медициналық</p>