

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Городская поликлиника №3»
Департамента здравоохранения города Москвы
Тел.: (495) 650-14-30

Приложение №3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 ноября 2021 г. №1079н

Наименование ответственной медицинской организации _____ Код формы по ОКПДУ _____

Лицензия ЛО-77-01-016847 _____ Код учреждения по ОКПО _____
от 16.10.2018г.

Адрес _____ Медицинская документация
Лицензия _____ Форма № 001-ИЗ

Медицинское заключение №

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

16 сентября 24
от « » 20 г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____; место рождения: _____

Цзянсу

3. Пол (мужской/женский) женский

4. Документ, удостоверяющий личность Паспорт
, КИТАЙ (№, серия, дата и место выдачи)

5. Место жительства (место регистрации, место фактического проживания)

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

(нужное подчеркнуть)
субъект Российской Федерации Москва район _____

город _____ населенный пункт _____

улица Хорошевское шоссе дом 96 корпус _____ квартира _____

6. Сведения об имеющемся гражданстве КИТАЙ

7. Страна постоянного (преимущественного) проживания КИТАЙ

8. Сведения о планируемом периоде пребывания в Российской Федерации
с 07.09.2024г по 28.01.2025г

9. Заключение данных за активный туберкулез нет
Врач-фтизиатр _____ (отсутствие инфекционных заболеваний)
М.П. (при наличии) _____ фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 16 сентября 24 г.
(дата освидетельствования)

Уполномоченное лицо _____ зам. гл. врача _____
медицинской организации _____ (должность)
М.П. (при наличии) _____ фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 16 сентября 24 г.
(дата освидетельствования)

10. Заключение данных за кожные и венерические заболевания нет
Врач-дерматовенеролог _____ (отсутствие инфекционных заболеваний)
М.П. (при наличии) _____ фамилия, имя, отчество полностью (при наличии), подпись _____ 16 сентября 24 г.
(дата)

Уполномоченное лицо _____ зам. гл. врача _____
медицинской организации _____ (должность)
М.П. (при наличии) _____ фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 16 сентября 24 г.
(дата)

11. Заключение данных за ВИЧ-инфекцию нет
Врач-инфекционист _____ (отсутствие инфекционных заболеваний)
М.П. (при наличии) _____ фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 16 сентября 24 г.
(дата)

Уполномоченное лицо _____ зам. гл. врача _____
медицинской организации _____ (должность)
М.П. (при наличии) _____ фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 16 сентября 24 г.
(дата)

12. Заключение _____ (отсутствие инфекционных заболеваний)
Врач-терапевт _____ фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 20 г.
М.П. (при наличии) _____ (дата)

Уполномоченное лицо _____
медицинской организации _____ (должность)
_____ фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 20 г.
М.П. (при наличии) _____ (дата)

13. Медицинское заключение:
Выявлено наличие (отсутствие) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (нужное подчеркнуть). зам. гл. врача
Уполномоченное лицо медицинской организации _____ (должность)
«Городская поликлиника №3» фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись _____ 16 сентября 2024 г.
Департамента здравоохранения города Москвы М.П.

45