

Згідно з оригіналом
Машук О.П.
26.10.2022

1. _____
(найменування суб'єкта господарювання)

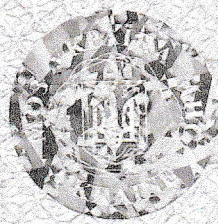
2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

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.)



Серія 1AAM № 514011

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	Форма первинної облікової документації № 1-ОМК
Код за ЄДРПОУ	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 21 лютого 2013 року № 150

**ОСОБИСТА
МЕДИЧНА КНИЖКА**



Прізвище Ніс

Ім'я Катерина

По батькові Миславівна

Машук Олександр
(найменування суб'єкта господарювання)
Тетробиол

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

Кур'єр
(назва професії)

(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного медичного огляду « 25 » 11 2022 року.

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

5. Дата проведення медичного огляду « 25 » 05 2022 року.

М.П.
Керівник закладу охорони здоров'я

(підпис) (П.І.Б.)

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.)

Згідно з Оригіналом
Машук О.П.
26.10.2022

Міністерства іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Управління охорони здоров'я Луцької міської ради Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Комунальний заклад «ЛЦПМСД № 2» м. Луцьк, пр. Відродження, 13 Код за ЄДРПОУ 25787627	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 140-5/б ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.07.2014 р. № 527
---	--

МЕДИЧНА КАРТА

огляду осіб для визначення спроможності займатися відповідним видом діяльності за станом здоров'я

Прізвище Кис Катерина
 ім'я, по батькові Миколаївна
 Рік народження 24.12.91
 Місце проживання с. Озерне
 Професія посада психар
 Професія, посада, категорія працюючих ГОП Лашуц О.П.
 згідно з наказом МОЗ України від 23 липня 2002 року № 280

Черговий медичний огляд призначено на:

«25» 11 2022 року

Каб.	Перелік спеціалістів
(114)	Терапевт <u>9-18/15 08 2022</u> <u>Шейко В.П.</u>
(119/120)	Дерматовенеролог <u>Здобов</u>
(103)	Стоматолог <u>Попель</u>
(621/322)	ЛОП <u>Здобов</u>
(116/121)	Гінеколог <u>19/14 22</u> <u>8-14</u> <u>Здобов</u>

Згідно з оргінструкцією

Лашуц О.П.

26.10.2022

[Signature]

Згідно з оригіналом
 Має О.П. *Має*
 26.10.2022

Каб.	Клінічні, лабораторні дослідження
107	1907 г. Окреме
✓ 110 (104)	1991
✓ 315 (104)	114
315	1908 г. 22
109	Дослідж
✓ 315 (104)	Дослідж

1907 г. Окреме

1991

1908 г. 22

114

порів з сироваткою

КП «МЕДИЧЕСЬКА ШКОЛА»
 ЛУЦЬКОЇ МІСЬКОЇ
 ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ
 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР
 ЦИХОВИЙ СЕРВІС

Кіс КМ

1908 г. 22

Лікар

Кількісний метод

ВДРЛ (реакція з інактивованою сироваткою)

Кількісний метод

1908 г. 22

20 р. Прізвище, І., Б.

Друк: МКФ «Християнське життя» тел. 71-08-74 5/2007

Лікар

Місний лід

Адреса

Дата " " 200 р.

Лікар

Висновок:

Прис

професія

до

Підпис /

печ

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.

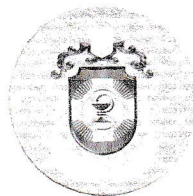
М.П.

Керівник закладу охорони здоров'я

_____ (підпис)

_____ (П.І.Б.)

ТОВ «Укрмедполіграфік» зам. 21-252, 2021 р. IV кв.



Серія 10ЯЯШ № 227289

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

**МЕДИЧНА
ДОКУМЕНТАЦІЯ**

Форма первинної
облікової документації

№ 1-ОМК

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

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
21.02.2013 р. №150

Код за ЄДРПОУ

**ОСОБИСТА
МЕДИЧНА КНИЖКА**



Прізвище

Овчарович

Ім'я

Аліна

По батькові

Вадимівна

Згідно з оригіналом

Лисенко О.П.

26.10.2022

проб Машук О.П.
(найменування суб'єкта господарювання)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

Кур'єр
(назва професії)

(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного

медичного огляду 18.11.2022 року.

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

5. Дата проведення

медичного огляду 10.05.2022 року.

М.П.

Керівник закладу охорони здоров'я

(підпис) (П.І.Б.)

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.)

Згідно з рішенням
Машук О.П.
26.10.2022

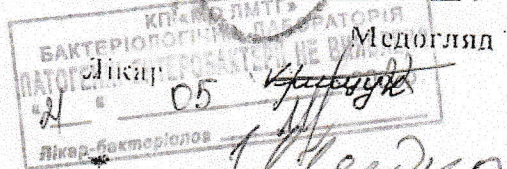
з 9.30 до 10.00 каб. 118

1995 Бак. обстеження на кишкову групу 1146

П.І.Б. Овчарук А.В.

Адреса С. Модиш

Дата " " 200 р.



Медогляд Щедно

з 9.30 до 10.00 каб.

1995 Бак. обстеження на пат. стафілоко

П.І.Б. Овчарук А.В.

Адреса С. Модиш

Дата " " 200 р.



Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Управління охорони здоров'я Луцької міської ради Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Комунальний заклад «ЛЦПМСД № 2» м. Луцьк, пр. Відродження, 13 Код за ЄДРПОУ 25787627	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 140-5/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28. 07.2014 р. № 527
--	--

МЕДИЧНА КАРТА

Огляд осіб для визначення спроможності займатися відповідним видом діяльності за станом здоров'я

Прізвище Овчарук

Ім'я по батькові Анатолійович

Рік народження 06.04.95

Місце проживання С. Модиш

Професія, посада Дікар

Професія, посада, категорія працівника згідно з наказом МОЗ України від 23 липня 2002 року № 280 Дікар

Черговий медичний огляд призначено на:

11 2009 Лашук О.В.

Каб.	9-13	Перелік спеціалістів:
114	Терапевт	<u>до 05</u>
119/120	Дерматовенеролог	<u>18 05</u>
✓ 103	Стоматолог	<u>18 05</u>
✓ 321/322	ЛОП	<u>18 05</u>
✓ 116/427	Гінеколог	<u>18 05 21</u>



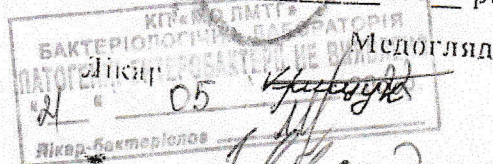
з 9.30 до 10.00 каб. 118

1995 Бак. обстеження на кишкову групу 1146

П.І.Б. Ореховиц А.В.

Адреса С. Модич

Дата " " 200 р.



Щедрико

1995 з 9.30 до 10.00

каб. №

Бак. обстеження 9: на пат. стафілокок

П.І.Б. Ореховиц А.В.

Адреса С. Модич

Дата " " 200 р.

Лікар Щедрико

Каб.

Клінічні, лабораторні дослідження

Згідно з результатами
Мамука О.П.

✓ 107 - 688/10.2022
к. 114

110

Е.В. Ореховиц А.В.

✓ 101 9/1
м.

18.05

315

109

Дослідження на гельмінти

Н.В. Ореховиц

✓ 104

Дослідження на пат. стафілокок

Н.В. Ореховиц

Висновок:

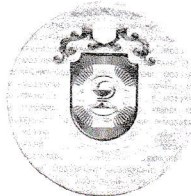
Придатна(ий) до роботи професія

до

Підпис лікаря (печатка)

Керош

20.11.2022



Серія 10ЯЯЩ № 227901

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.)

ТОВ «Укрспецполіграфія» зам. 21-252 2021 р. IV кв.

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
21.02.2013 р. №150

**ОСОБИСТА
МЕДИЧНА КНИЖКА**



Прізвище

Ім'я

По батькові

Прізвище: *Гейко*
Ім'я: *Григор*
По батькові: *Вікторов*

Згідно з оригіналом
Мащук О.П.
26.10.2022

Згідно з оригіналом
Машук О.П.
26.10.2022

1. О.П. Машук О.П.
(найменування суб'єкта господарювання)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

сержант
(назва професії)
характер виконуваних робіт

3. Дата наступного медичного огляду «05 02 2023» року.

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

5. Дата проведення медичного огляду «05 08 2022» року.

М.П.
Керівник закладу
охорони здоров'я

(підпис) (П.І.Б.)

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.)

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Управління охорони здоров'я Луцької міської ради	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	Форма первинної облікової документації № 140-5/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 26.07.2014 р. № 527
Комунальний заклад «ЛЦПМСД № 2» м. Луцьк, пр. Відродження, 13	
Код за ЄДРПОУ 25787627	

МЕДИЧНА КАРТА

огляду осіб для визначення спроможності займатися
відповідним видом діяльності за станом здоров'я

Прізвище Тойко Ірина
Ім'я, по батькові Вікторівна
Рік народження 11.12.88
Місце проживання Львів 8/52
Професія, посада муж
Професія, посада, категорія працюючих ПП Лещук О.П.
згідно з наказом МОЗ України від 23 липня 2002 року № 280

Черговий медичний огляд призначено на:

«05-02-2023»

Каб.	Перелік спеціалістів:
<u>414</u>	Терапевт <u>9-13</u> <u>AS</u> <u>AS</u> <u>AS</u>
<u>119/120</u>	Дерматовенеролог <u>Здобова</u>
<u>103</u>	Стоматолог <u>Порожнина Р.О.</u> <u>САНОВАНА</u>
<u>321/322</u>	ЛОР <u>04.08.22</u> <u>Здобова</u>
<u>110/127</u> <u>218</u>	Гінеколог <u>Г.В.Гру</u>

Згідно з оригіналом
Лещук О.П.
26.10.2022

Каб.

Клінічні, лабораторні дослідження

(107)	-9412 20.08.22		взгн вкл
(108)	880 Рашчико В 20.08.22		
(109)			
(110)			
109	Дослідження на гельмінти	Я/Г не виявлено	4.08.2022
(111)	Дослідження на пат. стафілокок	9-11	4.08.2022
			5.08.2022

Висновок:

Придатна(ий) до роботи

професія

до

Підпис лікаря
(печатка)

05.08.22

Згідно з оригіналом
Машук О.П.
26.10.2022

Згідно з рішенням
наступк О.П.
26.10.2022

1. _____
(найменування суб'єкта господарювання)

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

_____ (назва професії)

_____ (характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного медичного огляду « ____ » _____ року.

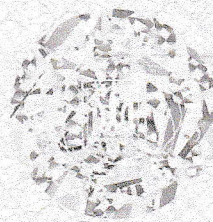
4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив медичний огляд _____

5. Дата проведення медичного огляду « ____ » _____ року.

М.П.
Керівник закладу
охорони здоров'я _____

(підпис)

(П.І.Б.)



Серія 1ААМ № 456380

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я, де здійснюється форма	Форма первинної облікової документації № 1-ОМК
код 01982985	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 21 лютого 2013 року № 150
Код за ЄДРПОУ	

ОСОБИСТА МЕДИЧНА КНИЖКА



Прізвище Зубко

Ім'я Лілія

1. І.К. Машук Орест
(найменування суб'єкта господарювання)

кур'єр

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

направлена у роботу
(назва професії)

кур'єрськи
(характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного

медичного огляду «18» середа 2013 року.

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив

медичний огляд

КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО
ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР
КОД 01982985

5. Дата проведення

медичного огляду «18» листопада року.

М.П.

Керівник закладу
охорони здоров'я

(підпис)

(П.І.Б.)

1. Зубко

2. Протип

3. Дата нас

медичного

4. Наймену

медичний огляд

5. Дата проведення

медичного огляду « » _____ року.

М.П.

Керівник закладу
охорони здоров'я

(підпис)

(П.І.Б.)

1456
Зубко А.В. 1990
18 листопада 2013
[Signature]

Зубко
Машук О.П.
26.10.2012
Оригінал
[Signature]

Зубов на переливання

Зубко

А.В.

1990

14.04.2022 164
1-1 6460 07

м/о

КТ «ЛУЦЬКА МІСЬКА
КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» 1458
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР
ЦИФРОВИЙ ФЛЮОРОГРАФ
Зубко А.В. 1990
ПЕРЕНІ СЕРЦЕ В НОРМІ
18.04.2022 2022
РРР

Зубко на переливання
Зубко А.В. 1990

Золотистий стафілокок
не виявлено
"14" 04 2022 р.
Лікар-бактеріолог

м/о

Зубко на переливання
Зубко А.В. 1990

Ентеропатогенні бактерії
не виявлено
"14" 04 2022
Лікар-бактеріолог

Зубко
Вашук
О.В.
оригіналом