

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

## МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації

№ 140 / о

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України

08.07.2013 р. № 583

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

Код за ЄДРПОУ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Серія

№



### Сертифікат про проходження профілактичного наркологічного огляду

1. Прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_

2. Дата народження | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
(число, місяць, рік)

3. Адреса: \_\_\_\_\_

4. Дата проходження огляду: \_\_\_\_\_

5. Результати огляду

а) наркологічні протипоказання до виконання: \_\_\_\_\_

(вид професійних обов'язків)

б) наркологічні протипоказання до провадження: \_\_\_\_\_

(вид діяльності)

6. Результати обстеження, проведеного лікарсько-консультативною комісією (у разі його проведення) \_\_\_\_\_

7. Сертифікат дійсний до: \_\_\_\_\_

Лікар-нарколог

М.П. наркологічного закладу

М.П. лікаря-нарколога

Дата " \_\_\_\_\_ Р.

