

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

Фотосурет
орны

Место
фотографии



1. Тегі
Фамилия

Абадминистра

2. Аты
Имя

Асем

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

Ғайриханамова

4.



№



сериясы/серия

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

Абадминистра

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА

№

491363

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность

Заведующий

3. Жұмыс орны
Место работы

ЖШС «Асынов»
УУУ «Асынов»

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

23.01.1990.

5. Мекен-жайы
Место жительства

Мастер 6 кв 4

84456894455

**4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ
НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившей медицинский осмотр
«МЦ «Элеос» ЖШС Терапевт <i>Ф.И.О.</i> 20 <i>19</i> ж. <i>06</i> <i>2019</i>		
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ		

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заклучение 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
	«МЦ «Элеос» ЖШС Флюорографиялық тексеріс № <u>644</u> мөлшері 20 ж <u>04.03.2020</u>	
	Өкпеде дақ жоқ Дәрігер <u>Мамышев</u>	
	КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ	

6. ЖИНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
ЗЕРХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

«МЦ «Элеос» ЖШС» Енбекке қабілеттілік Дерматовенеролог 20 ж.	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Клиническое 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
---	---	--

«МЦ «Элеос» ЖШС

Зерттеме №

02

реципитация микрореакциясы гөріс
менді (отр.)

Дәрігер

19 06 dbr

20 ж.

ж.

«

»

КНИЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫК ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заклучение 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)
	«Гигиенист VII» ЖШС Бактериологиялық зертхана № <u>0103/02</u> Нәжістен дизентерия, сальмонеллез, брюшной тиф-паратиф А және В анықталған жоқ Дәрігер <u>17.06.2016</u> ж. Қолы <u>А.А.А.</u>	

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ
НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ
НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ
АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ
И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать (при наличии)
	ТОО МҚ «Элеос» ЖШС Республика Казахстан, город Актобе, ул. Крылева 37а Тел.: 6(7132) 41-38-82, 8-702-418-21-77 Гигиеническое обучение по программе: <i>Л.В.И.</i> прошел и экзаменован. <u>19.06.2027</u> Гигиенист-эпидемиолог. <i>С.И.С.</i>	
	КНИЖКА ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ	



13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., колы, мөр (бар болса)
	« » жылы күні айы Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
	« » дата месяц год	

с 19.06.2020г.

допуск до

18.06.2020г.

КНИЖКА

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ