

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Нагорнеева

2. Аты
Имя Юлия

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

4. [ ] № [ ]
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы _____
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 0739712

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

1. Негізгі мамандығы
   Основная профессия _____

2. Лауазымы
   Должность Торбеевский

3. Жұмыс орны
   Место работы Санитар Торбеевское

4. Туған жылы, айы, күні
   Дата рождения 20.11.82г

5. Мекен-жайы
   Место жительства Сев 1 - 1 - 34 - 84

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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), проводившего медицинский осмотр
		КЛИНИКА ФЕНИКС ЕҢБЕККЕ ҚОСЫЛҒАН ДӘРІГЕР
		КЛИНИКА ФЕНИКС ЕҢБЕККЕ ҚОСЫЛҒАН ДӘРІГЕР

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

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
09.10.25	650 от	КЛИНИКА [redacted] КӨКІРЕК КУЫСЫНЫҢ МҮШЕСІ ӨЗГЕРІССІЗ ОРГАНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МАНУКОВ ВЯЧЕСЛАВ ГЕОРГИЕВИЧ
06.08.26	850 от	КЛИНИКА [redacted] КӨКІРЕК КУЫСЫНЫҢ МҮШЕСІ ӨЗГЕРІССІЗ ОРГАНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МАНУКОВ ВЯЧЕСЛАВ ГЕОРГИЕВИЧ

Медицинская книжка

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 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
	КЛИНИКА «ЭДЕМИКС» АНАЛИЗ № 3220 МИКРОРЕАКЦИЯ ПРЕЦИПИТАЦИИ (ЭКСПРЕСС - МЕТОД) 09.10.2024	
	КЛИНИКА «ЭДЕМИКС» АНАЛИЗ № 3220 отр МИКРОРЕАКЦИЯ ПРЕЦИПИТАЦИИ (ЭКСПРЕСС - МЕТОД) 22.01.2026 ПОДПИСЬ	

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОККТЫ ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

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)
	ШЖҚ «ОБЛЫСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНАСЫ МҰРЫН ШЫРЫШЫНДЫ ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКК ТАБЫЛМАДЫ КҮНІ 08.10.25 ҚОЛЫ	
	ТОО «Гигиенист VII» БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНА Зерттеу қорытындысы бойынша «18» 08 2026 ж. № 1490 МҰРЫННЫҢ ШЫРЫШ ҚАБЫҚШАСЫНАН S.AUREUS МИКРОБЫ ЖОҚ Қолы	

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ. РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

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)

КЛИНИКА ФЕНИКС
ДӘРЕТТЕН III ҚҰРТТАРЫ АНЫҚТАЛМАДЫ

Бактериологическая лаборатория
ТОО «Гигиена и VIH»
Анализ № 1999
КАЛ НА ЯЙЦА ГЛИСТ
НЕ ОБНАРУЖЕНО
«18» 04 2026 ж/г

МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

1925

КЛИНИКА ФЕНИКС
ДӘРЕТТЕН III ҚҰРТТАРЫ АНЫҚТАЛМАДЫ
20.04.26 г.

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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)
	ШЖҚ «ОБЛЫСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУХАНАСЫ» МЕДИЦИНАЛЫҚ БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНА № 6129 РПГ № 6331 НӘЖІСТЕН ДИЗЕНТЕРИЯ, САЛЫМОНЕЛЛЕЗ, ТИФ-ПАРАТИФ А ЖӘНЕ Б ЖҰҚПАЛАРЫ 08.10.25,	
	«Гигиенист үшін жұқпас Бактериологиялық зертхана Энтерогеморрагиялық ішек инфекциясы Нәжістен дизентерия, сальмонеллез, брюшной тиф-паратиф А және Б Сальмонеллез, дизентерия Энтерогеморрагическая инфекция «18» 11 25	

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН 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)
		г.Актобе ИП «АСЫЛХАН» Гигиеническое обучение по программе: Профилактическая прошёл и аттестован 09 • 10 2025 г. гигиенист-эпидемиолог: 09.10.25г.

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

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