Малгазова Сәуле Шортанбаевна

630722400716

# ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

# ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

Scanned with CamScanner

## 1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
## ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі / Фамилия: Тангазова
2. Аты / Имя: Саule
3. Әкесінің аты (бар болса) / Отчество (при наличии): Шортанбаевна
4. [redacted] № [redacted]
   сериясы/серия номірі/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы / Личная подпись владельца
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы / Серия личной медицинской книжки: АА № 695109



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

1. Негізгі мамандығы / Основная профессия: тәрбиеші
2. Лауазымы / Должность:
3. Жұмыс орны / Место работы: Мойынқұм негізгі орта мектебі
4. Туған жылы, айы, күні / Дата рождения: 22.07.1963 ж.
5. Мекен-жайы / Место жительства: Мойынқұм ауылы



Scanned with CamScanner

## 3. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН БҰРЫН АУЫРҒАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
## ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

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 |
|---|---|---|
| 23.08 2025 | 22 здоров | |
| | 26.08.29 здоров | |
| | 21.06.30 здоров | |
| 09.08.23 | Д.Н. здоров | |
| | 04.10.24 здоров | |



Scanned with CamScanner

## 5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

| Күні<br>Дата | Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы<br>Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра | Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса)<br>Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр |
|---|---|---|
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ<br>ФЛЮОРОГРАФИЯ<br>РЕЗУЛЬТАТ Бұзылыс жоқ<br>№ 4031<br>«04» 04 2021 ж. | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ<br>ФЛЮОРОГРАФИЯ<br>РЕЗУЛЬТАТ Бұзылыс жоқ<br>№ 4434<br>«14» 06 2021 ж. | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ<br>ФЛЮОРОГРАФИЯ<br>РЕЗУЛЬТАТ Бұзылыс жоқ<br>№ 01<br>«01» 02 2023 ж. | |



## 5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

| Күні<br>Дата | Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы<br>Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра | Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса)<br>Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр |
|---|---|---|
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ<br>ФЛЮОРОГРАФИЯ<br>РЕЗУЛЬТАТ Бұзылыс жоқ<br>№ 3083<br>«05» 04 2024 | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ<br>ФЛЮОРОГРАФИЯ<br>РЕЗУЛЬТАТ Бұзылыс жоқ<br>№ 3358<br>«12» 09 2025 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Scanned with CamScanner

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

| Күні<br>Дата | Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы<br>Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра | Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса)<br>Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

## 7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
## СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

| Инфекциялық аурурға қарсы вакцинация<br>Вакцинация против инфекционного заболевания | Препаратты енгізу күні<br>Дата введения препарата |
|---|---|
| Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) | 10.07.2021 г |
| Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) | 31.07.2021 г |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА



## 7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
## СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

| Инфекциялық аурурға қарсы вакцинация<br>Вакцинация против инфекционного заболевания | Препаратты енгізу күні<br>Дата введения препарата |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА



Scanned with CamScanner

## 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) |
|---|---|---|
| | МЕДИЦИНАЛЫҚ БАЙҚАУДАН ӨТТІ (ДОПУСК) | |
| | 09.08.2022 | |
| | "26" 08 2019 ж. | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫН | |
| | МЕДИЦИНАЛЫҚ БАЙҚАУДАН ӨТТІ (ДОПУСК) «14» 06 2022 ж. дан «14» 06 2023 ж. дейін | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫН | |
| | МЕДИЦИНАЛЫҚ БАЙҚАУДАН ӨТТІ (ДОПУСК) «01» 08 2023 ж. дан «01» 08 2024 ж. дейін | |



## 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) |
|---|---|---|
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫН | |
| | МЕДИЦИНАЛЫҚ БАЙҚАУДАН ӨТТІ (ДОПУСК) «04» 10 2024 ж. дан «03» 09 2025 ж. дейін | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРҒАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫН | |
| | МЕДИЦИНАЛЫҚ БАЙҚАУДАН ӨТТІ (ДОПУСК) «23» 09 2025 ж. дан «12» 09 2026 ж. дейін | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Scanned with CamScanner

## 14. ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

| Күні<br>Дата | Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы<br>Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра | Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса)<br>Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр |
|---|---|---|
| 26.08.22г. | | |
| | | |
| 29.06.22г. | | |
| | | |
| | | |
| 09.08.23г. | | |
| | Вр: Шакиянова Р.Н. | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



## 14. ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

| Күні<br>Дата | Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы<br>Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра | Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса)<br>Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



Scanned with CamScanner

Нысанбаева Нургуль Жусановна

11.02.1991

910211451236

тәрбиеші

# ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

# ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

## 1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
## ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Нысанбаева

2. Аты
Имя: Нурсұлу

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

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

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 770809



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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность: "Ақ-Ботақан" Болашақ

3. Жұмыс орны
Место работы: Тұрбисин

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения: 11.02.1991

5. Мекен-жайы
Место жительства: Болашакова 27

## 3. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН БҰРЫН АУЫРҒАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
## ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

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 мекемешілік тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача и печать организации, проводившей осмотр (при наличии) |
|---|---|---|
| | ТЕРАПЕВТ | |
| | ТЕРАПЕВТ | |
| | ТЕРАПЕВТ | |
| | ТЕРАПЕВТ | |

## 5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

| Күні<br>Дата | Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігерлік қорытындысы<br>Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра | Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса)<br>Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр |
|---|---|---|
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРГАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ | |
| | ФЛЮОРОГРАФИЯ | |
| РЕЗУЛЬТАТ | Бұзылыстар жоқ | |
| № | 049463 | |
| 19 | 11 2021 ж. | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРГАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ | |
| | ФЛЮОРОГРАФИЯ | |
| РЕЗУЛЬТАТ | Бұзылыстар жоқ | |
| № | 416426 | |
| 01 | 12 2022 ж. | |
| | АҚМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ «КОРГАЛЖЫН АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ | |
| | ФЛЮОРОГРАФИЯ | |
| РЕЗУЛЬТАТ | Бұзылыстар жоқ | |
| № | 410227 | |
| 25 | 01 2024 ж. | |



## 5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

| Күні<br>Дата | Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігерлік қорытындысы<br>Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра | Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса)<br>Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр |
|---|---|---|
| | Без патологии | |
| | 51758 | |
| | 06 02 25 | |

## 7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
## СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

| Инфекциялық науқаспен ауыруға қарсы егілген Вакцинация против инфекционного заболевания | Препараттың атауы мен дозасы Дата введения препарата |
|---|---|
| 06.05.2014 | |
| 14.06.2014 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША — ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА



## 7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
## СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

| Инфекциялық науқаспен ауыруға қарсы егілген Вакцинация против инфекционного заболевания | Препараттың атауы мен дозасы Дата введения препарата |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША — ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

## 8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОККЫ
## ТАСЫМАЛДАУҒА ЖЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

| Күні Дата | Дәрігердің қорытындысы Заключение врача | Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии) |
|---|---|---|
| | БАСПЕРТХАНАСЫ<br>СТАФИЛОКОК<br>СТАФИЛОКОК<br>26.11.21 | |
| | БАСПЕРТХАНАСЫ<br>СТАФИЛОКОК<br>СТАФИЛОКОК<br>30.11.21 | |
| | БАСПЕРТХАНАСЫ<br>СТАФИЛОКОК<br>СТАФИЛОКОК<br>05.06.23 | |



## 8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОККЫ
## ТАСЫМАЛДАУҒА ЖЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

| Күні Дата | Дәрігердің қорытындысы Заключение врача | Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, |
|---|---|---|
| | 6.02.24 | |
| | | |
| | | |

## 6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДОРІГЕЙЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ ЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТІЖЕСІ, 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 |
|---|---|---|
| 11.11.24 | опер | ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ |
| РЕЗ | 19.11.24 | |
| | | |
| | | |
| |

## 9. ГЕЛЬМИНТ ЖУМЫРТҚАЛАРЫНА ДЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

| Күні Дата | Дәрігердің қорытындысы Заключение врача | Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии) |
|---|---|---|
| | | не обн 25.11.21 |
| | | не обн 30.11.22 |
| | | не обн 05.06.23 |



## 9. ГЕЛЬМИНТ ЖУМЫРТҚАЛАРЫНА ДЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
## РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

| Күні Дата | Дәрігердің қорытындысы Заключение врача | Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии) |
|---|---|---|
| | | не обнар 5.03.24 |
| | | не обнар 15.05.24 |
| | | не обнар 18.11.24 |