

3. ИНФЕКЦИЙЛЫК АУРУУЛАРМЕН БУРЫН АУЫРГАНДЫГЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ДАННЫЕ О ПЕРЕНОСЕННЫХ

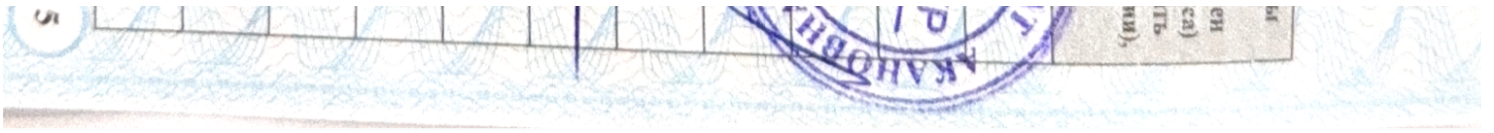
1. Бурын ауырған инфекциялык аурулар
 Ранее перенесенные инфекционные заболевания

4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІШ-ҚАРАУ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ

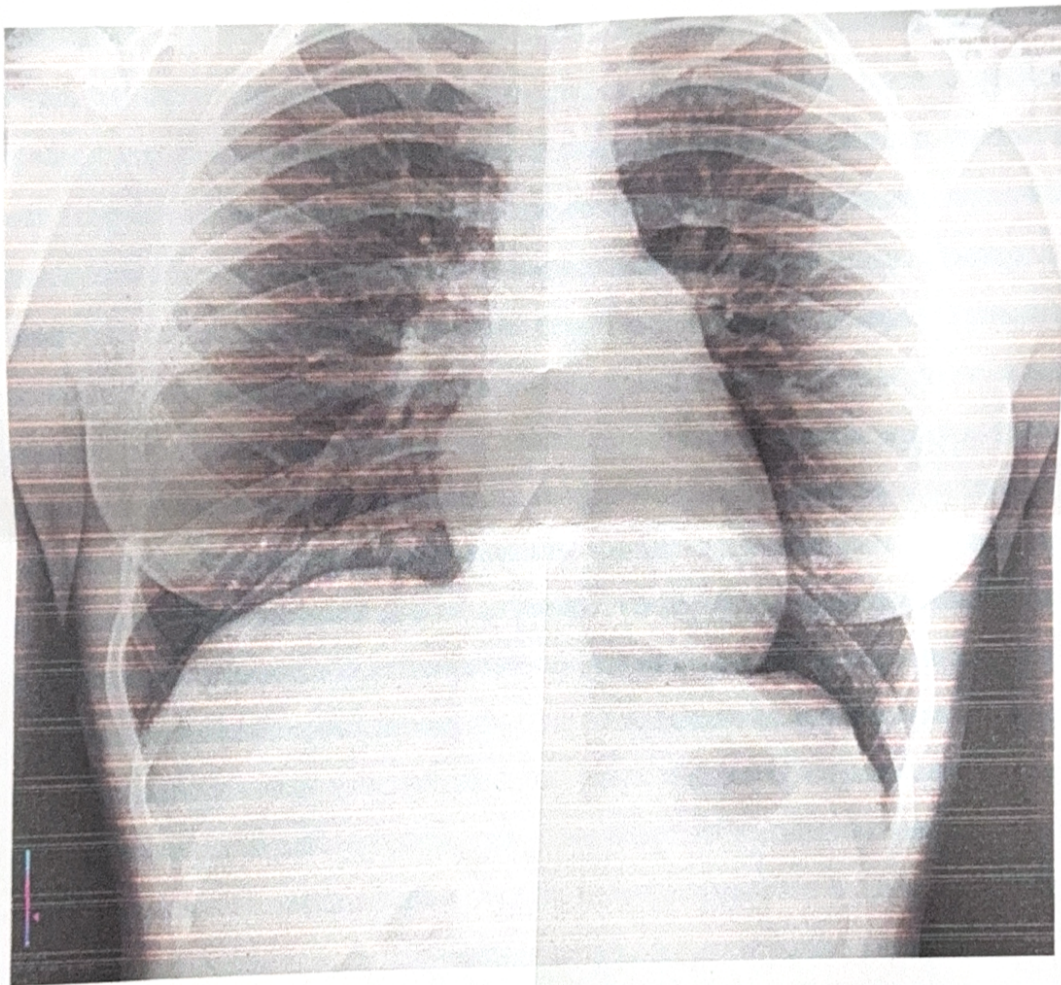
Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қол және медициналық тексеріш-қарау жүргізу ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., толтырып и печат организации (при наличии проводившей медицинский осмотр)
	<p>Дәрігердің қорытындысы Д.Т. Терәпбергалиев 12.11.2003</p>	<p>Дәрігер Д.Т. Терәпбергалиев 12.11.2003</p>
	<p>Дәрігердің қорытындысы Адамсалин Т.Т. 12.11.2003</p>	<p>Дәрігер Адамсалин Т.Т. 12.11.2003</p>

Адамсалин Т.Т.
 Терапевт
 12.11.2003





Имя пациента	ДАУЛЕТ ГҮЛСАЯ ТАНАТХАНҚЫЗЫ	
ID пациента	940312401046	
Дата рождения	12.03.1994г.р.	
Пол	Ж	
Описание	Без патологичи	
Дата исследования	31-10-2025	
Возраст		



Коментарий ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ	БЕЗ ПАТОЛОГИИ ЧИТКА 1-2 КОЙЛИЕВ Н Н САКИПОВ М К
-----------------------------------	---







10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НАТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізіген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
	<p>19.10.2024</p> <p>ГРОДСКОЕ АДМИНИСТРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВОЗДУШНО-САЛЬМОНЕЛЛЕЗ, ДИЗЕНТЕРИИ, БРОНХИТО ПАРАТИФ КОЭЛДЫРҒЫШТАРЫ ТАБЫЛҒАН ЖОҚ АСТАНА А ЖАМАТЫ АУРУСНАСЫ ДИЗЕНТЕРИИ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗ, ИДИОПАТИЧЕСКОГО БРОНХИТО ТИПА, ПАРАТИФОВ А И Б НЕ ОБНАРУЖЕНО</p> <p>30.10.2005</p> <p>АДАМ СІЛІСІ</p> <p>ДИЗЕНТЕРИЯ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗ, ИДИОПАТИЧЕСКОГО БРОНХИТО ТИПА, ПАРАТИФОВ А И Б НЕ ОБНАРУЖЕНО</p> <p>07.11.2005</p>	<p>Тексеру жүргізіген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)</p> 

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НАТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізіген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)

