

1. Паспорт деректері
Паспорттыңые Даныые



1) Теті
Фамилия

2) Аты
Имя

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

4) Сериясы/серия

5) Қытапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

СЕРИАСЫ
СЕРИЯ

АБ
№ 1014696

2. Жеке медициналық кітапшаның
іесі туралы мәліметтер
Сведениа о владельце
личной медицинской книжки

1) Негізгі мамандығы
Основная профессия

2) Лауазымы
Должность

3) Жұмыс орны
Место работы

4) Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

5) Мекен-жайы
Место жительства

Дәрігер

Мәдениетшілік

Дем-сағ

190500.

Жемал Мамыр

ММ НО № 53

3. ИНФЕКЦИЙЛЫК АУРУУЛАРМЕН БУРЫН АУЫРГАНДЫГЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
 ДАНЫЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бурын ауырған инфекциялык аурулар
 Ранесе перенесенные инфекционные заболевания



4. ДАҒУАНЫҢ ТЕКСЕРИШ-КАРАУ

НОМИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
 РЕЗУЛЬТАТ, БРАУСОННОЕ СМОТРЕНА

Күні
 Дата

АДАМ СІЛІС
 Терапевт

АДАМ СІЛІС
 Терапевт

Терапевт

№7 Қалалық Кеңес Халық
 МЕДИКЕБЕР БӨЛІМІ
 Терапевт бөлімі

10.03.2022 жылы

Терапевт

03.11.2022

013.09.2022

АДАМ СІЛІС
 Терапевт

ЖЭС ЖЕКЕ

02.09.2022

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключеніе врача по результатам лабораторных исследований и медицинското осмотра	Медициналық тексеріп-қарау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	 АДАМСЛИНІЕ А ФЛЮРОГРАФИЯ КАБИНЕТИ КАБИНЕТ ФЛЮРОГРАФИИ	
	 ВРАЧ РЕНТЕНОЛОГ КОЙЛИЕВ НУРДАУЛЕТ НУРДАУЛЕТ НУРДАУЛЕТ	
	 ДАРИГЕР ВРАЧ АЗАТ ОҚТАНБАЙ	

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключеніе врача по результатам лабораторных исследований и медицинското осмотра	Медициналық тексеріп-қарау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	 АДАМСЛИНІЕ А ФЛЮРОГРАФИЯ КАБИНЕТИ КАБИНЕТ ФЛЮРОГРАФИИ	
	 ВРАЧ РЕНТЕНОЛОГ КОЙЛИЕВ НУРДАУЛЕТ НУРДАУЛЕТ НУРДАУЛЕТ	
	 ДАРИГЕР ВРАЧ АЗАТ ОҚТАНБАЙ	

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

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	<p>КӨПСАЛДАЛЫ ЕМХАНА «АДАМ СЛІ» Микрореакция-теріс · 20_24_г.</p> <p>МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА «АДАМ СЛІ» МИКРОРЕАКЦИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ</p>	
	<p>АДАМ СЛІ Дерматовенеролог</p> <p>Көпсалалық емхана «Адам Слі» Микрореакция-теріс «20»_03_2025 г. Многопрофильная клиника «Адам Слі» Микрореакция - отрицательная</p>	
	<p>АДАМ СЛІ Дерматовенеролог</p>	

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

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	<p>Нұр-Сұлтан қаласының Ішкі Ішкі №7 ЖАҚАТҚА ҚАЛАСА ИММ Дерматовенеролог</p>	
	<p>АСТАНА ҚАЛАСЫ АҚИМАТЫНЫҢ «ҚАЛАЛЫҚ ИНФЕКЦИОЛЫҚ» ШЖК ИММ Микрореакция-теріс · 2025 г.</p> <p>ГКП НА ДХВ «ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЦЕНТР» АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА МИКРОРЕАКЦИЯ - ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ</p>	
	<p>ДЕРМАТОЛОГ</p>	

8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКТЫ
ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬНОСТЬ
ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОКА

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
	Инфекционная больница г. Нур-Султан Золотистый стафилококк 100523 Нур-Султан қаласы аурухана Алтын түсі, стафилококк табылған жоқ	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
	30.03.2022	
	АДАМ СІЛІСІ 02.04.2022	
	СТАРНУЛОСОСУС АИРЕУС ТАБЫЛҒАН ЖОҚ СТАРНУЛОСОСУС АИРЕУС НЕ ОБНАРУЖЕН	

8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКТЫ
ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬНОСТЬ
ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОКА

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
	Астана қаласы өкіметінің ШЖК «ҚМЗ» МКК Алтын түсті стафилококк байқалған жоқ «ҚНА ПХВ» «МНЦ» АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА ЗОЛОТИСТЫЙ СТАФИЛОКОКК НЕ ОБНАРУЖЕН	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
	03.11.2022	
	Астана қаласы өкіметінің «Қалалық инфекциялық орталық ШЖК МКК Алтын түсті стафилококк байқалған жоқ	
	ҚКП НА ПХВ «ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЦЕНТР», АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА ЗОЛОТИСТЫЙ СТАФИЛОКОКК НЕ ОБНАРУЖЕН	

9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытылдығы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымшыл мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
	ГОРОДСКАЯ ИЛИ РЕГИОНАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА Г-НУР СУЛТАН Я-ГЕЛЬМИНТОВ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ ДАТА 10.05.2023	
	30.03.2026 АДАМ СІЛІСІ ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ 08.04.2026	

9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытылдығы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымшыл мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ «ҚАЛАЛЫҚ ИНФЕКЦИОЛЫҚ» ШЖК МКК ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫ ТАҒЫЛГАН ЖОҚ 20__ г. «ҚР НАҒД» «ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЦЕНТР» АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ	
	АСТАНА ҚАЛАСЫ ИНФЕКЦИОЛЫҚ ШЖК МКК ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫ ТАҒЫЛГАН ЖОҚ 20__ г. «ҚР НАҒД» «ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЦЕНТР» АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ	

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « ____ » жылы күні аяғы Допуск к работе « ____ » дата месяца год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., полись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Допуск Очередной <u>11.08</u> Медосмотр <u>Н. Д.</u> Врач <u>Давыгер</u>	Ф.И.О., полись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Допуск Очередной <u>02.09.2026</u> Медосмотр <u>02.10.2026</u> Врач _____	Ф.И.О., полись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « ____ » жылы күні аяғы Допуск к работе « ____ » дата месяца год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., полись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Допуск Очередной <u>03.11</u> Медосмотр <u>03.11</u> Врач _____	Ф.И.О., полись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Допуск Очередной <u>05.05.2023</u> Медосмотр <u>11.05.2023</u> Врач _____	Ф.И.О., полись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Допуск Очередной <u>05.05.2023</u> Медосмотр <u>11.05.2023</u> Врач _____	Ф.И.О., полись, ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать