Медицинский фонд
«Медсервис № 1 АМО ЗИЛ»
Адрес: 115280, г. Москва, ул. Автозаводская, 23
Телефон: (495) 627-10-82

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО
О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА, ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ

серия 77А № 0643855

Дата выдачи: "10" января 20 14

Выдано [redacted]

Паспорт: В [redacted] дова

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. Врач-дерматовенеролог Висаитов Дукваха Ахмедович
(Ф.И.О. врача-дерматовенеролога)

(наименование медицинской организации)

при медицинском обследовании "26" ДЕК 2013 20 г. признаков лепры, инфекций, передающихся половым путем, в том числе сифилиса, хламидийной лимфогранулемы (венерической), шанкроида не выявлено /выявлено заболевание (нужное подчеркнуть)

(формулировка диагноза по МКБ-10).

Подпись, личная печать врача (Ф.И.О.) Висаитов Д.А.

Главный врач медицинской организации (Ф.И.О.) Чванова Э.А.

Печать медицинской организации

2. Врач-фтизиатр Юшко Елена Евгеньевна

(наименование медицинской организации)

при медицинском обследовании "26 ДЕК 2013" 20 г. признаков активного туберкулеза не выявлено /выявлено заболевание (нужное подчеркнуть)

(формулировка диагноза по МКБ-10).

По результатам флюорографии органов грудной клетки от "26 ДЕК 2013" 20 г. патологии со стороны органов грудной клетки не выявлено/выявлено заболевание (нужное подчеркнуть)

Туберкулиновая проба (реакция Манту с 2 ТЕ) для детей до 18 лет включительно от "____" _____ 20 г. _____ мм.
(размер папулы/отрицательная - нужное подчеркнуть)

InterAlia.ru

Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным _____ МЕ.

"_____" _____ 20____ г. _____

Подпись, личная печать врача _____ (Юшко Е.Е.)

Главный врач медицинской организации _____ (Чванова Э.А.)

Печать медицинской организации

3. Врач психиатр-нарколог Меркулова Наталья Александровна

_____

_____

при медицинском обследовании от "_____" _____ 20____ г. признаков наркомании не выявлено/выявлено заболевание, в скобках подчеркнуть

_____

_____).

Подпись, личная печать врача _____ (Меркулова Н.А.)

Главный врач медицинской организации _____ (Чванова Э.А.)

Печать медицинской организации

InterAlia.ru

Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения города Москвы
"Московский научно-практический Центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения города Москвы"
ОГРН 1027700456158
[illegible] Москва, Ленинский проспект, д.17
[illegible] 952-24-4[illegible]

Код ОГРН

(номер, дата выдачи и срок действия лицензии)

СЕРТИФИКАТ серия 45А № 0220709

об отсутствии ВИЧ-инфекции

THE CERTIFICATE OF NEGATIVE RESULT OF HIV

Я, _____

(фамилия, имя, отчество врача)

настоящим подтверждаю, что
hereby certify that

_____

(фамилия, имя, отчество пациента / name, surname)

_____

(паспорт / решение / справка постоянного или временного проживания / residence)

_____

(дата рождения / date of birth)

был(а) обследован(а) _____ с 310

(дата поступления / date of test / серия тест-системы / batch of test)

Определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех классов (IgG, IgM) методом иммуноферментного анализа с ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ результатом.
HIV-1 and HIV-2 antibody (IgG, IgM) existence is NEGATIVE.

Врач, направивший на обследование _____

(Ф.И.О., подпись / signature of the doctor)

Главный врач
медицинского учреждения _____

(Ф.И.О., подпись / signature of the Head medical institution)

Ф.И.О. обследуемого _____

(подпись / signature of patient)

InterAlia.ru

InterAlia.ru