

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА N ____
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество Самоедова Ксения Александровна
2. Дата рождения: число 17 месяц 01 год 2009
3. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город Оренбург
населенный пункт _____ улица Мире дом 32 квартира _____
4. Место учебы, работы шк 8

5. Перенесенные заболевания
Государственное автономное учреждение
здравоохранения «Оренбургский областной
клинический наркологический диспансер»
6. Профилактические прививки
Отделение (для детей и подростков)
0044, г. Оренбург, пер. Бухарский 20, тел. 8(3532)50-02-44

106:2
Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №2
г. Оренбург, ул. Негельская, здание № 45, строение 1
телефон 8 (3532) 53-95-59
НЕ ВЫЯВЛЕНО



7. Объективные данные и состояние здоровья:

Врач-терапевт 145.0, 1152.1 09.04.2025
Врач-хирург Зрков 08.04.2025
Врач-невролог Зрков 08.04.2025
Врач-оториноларинголог Зрков 08.04.2025
Врач-офтальмолог 1152.1 08.04.2025

Данные флюорографии № 11923 от 18.10.2014 5/п.

Данные лабораторных исследований ОАК и ОАМ от 31.03.2025 5/п.

24.06.2025 непереносит:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №2»
г. Оренбург, ул. Негельская, здание № 45, строение 1
телефон 8 (3532) 53-95-59

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая
психиатрическая больница №2»
ГОДЕН



8. Заключение о профессиональной пригодности к обучению в школе

Дата выдачи справки:

17 05 2025 г.

Д.Н.О. врача, выдавшего медицинскую справку
Дамирова

Амирова Лилия

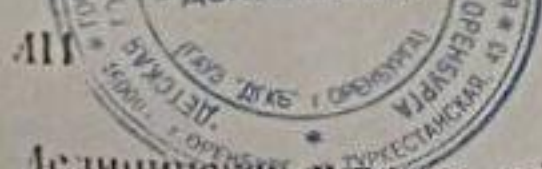
Подпись врача



Д.Н.О. ответственного врача медицинской организации

Кристин С.А. Р.

Подпись _____
для документов



Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.