



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Тегі
Фамилия Сексенбаев
2. Аты
Имя Мадина
3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Ташматовна
4.  № 
сериясы/серия нөмірі/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Кауф
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

599236

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

Тастаушы
Білім беру

2. Лауазымы
Должность

Бастауыш емесон
музыкашы

3. Жұмыс орны
Место работы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

30.12.2003 ж

5. Мекен-жайы
Место жительства

Кокшетау қ-са
Тірік Сүлейт 3

**4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІШ-ҚАРАУ
НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-карау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии) проводившего медицинский осмотр
13.07.2024	Қарағанды облысы Медициналық тексеру бөлімшесі Қарағанды облысы Медициналық тексеру бөлімшесі	Қарағанды облысы Медициналық тексеру бөлімшесі Қарағанды облысы Медициналық тексеру бөлімшесі

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

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
Қалалық емхана Көкшетау қ., Әуелбекоев к-сі №94 02.02.2024 		

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

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

Микрореакциясы

193724

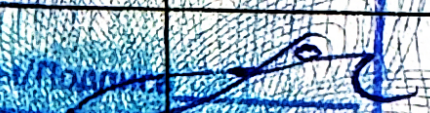
Дерматозенерология

каранды

220724

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
КНИЖКА

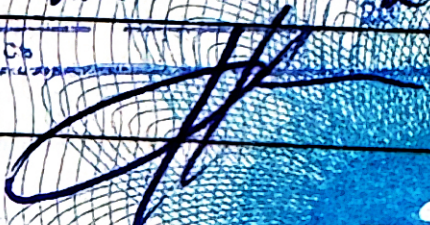
**8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКТЫ
ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО
ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
АКМОЛА ОБЛЫСЫ Денсаулық сақтау БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАҢЫНДАҒЫ ЖҚОА ШЖК № 1 БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНА STAPHYLOCOCCUS AURUS НЕ БАҒАРУЖЕН Анализ № <u>430</u> <u>17.07.2024</u> ж.т. қолы/Подпись 		
 ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА		

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заклучение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
17.07.2024	АКМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ ЖОМШОЖАҚ МКК БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНА ПАТОГЕННАЯ МИКРОФЛОРА ЧУНЕ ОБНДЖЕНЫ Анализ №	ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КНИЖКА Колы/Подпись
13.07.2024	АКМОЛА ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ЖАНЫНДАҒЫ ЖОМШОЖАҚ МКК БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНА Анализ № 30	ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КНИЖКА РПГА с 119 ем серикумом Колы/Подпись

**12. КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ
НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ
НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ
ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ
ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ
НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
	Өліктер ТОО «Vitality» / «Здоровье» САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ 22 07 2024	
Подпись		

**ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
КНИЖКА**

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, мор (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
23.07.24	22.07.2025	Роза