1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Тузелова

2. Аты
Имя: Айгуль.

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии): Бауыржановна

4. сериясы/серия: | № нөмірі/номер: 9109 14400769

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА	№	581089

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность: тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы: "Нұрлы-Осы" бөбекжасы бала бақшасы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения: 24.09.1991

5. Мекен-жайы
Место жительства: Мақтаарал ауданы Ж. Тәшенов Кенесшілік ел. Б. Жоспаев к 90.

3. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН БҰРЫН АУЫРҒАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания _____

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА, ТЕРАПЕВТ

Күні Дата	Дәрігерлік қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), выдавшего медицинский осмотр

«Ақ-Мед» медициналық орталығы
Жетісай қаласы
Диагноз Здоров, терапевт
Күні/Дата 05.02 20 24 ж.
Дәрігердің қолы

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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

Дәрігер

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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-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

«Ақ-Мед» медициналық орталығы
Жетісай қаласы
Диагноз: дерматовенеролог
Күні Дата 08.02.2024
Дәрігердің қолы

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

Сәйрек ауданлық орталық емханасы
Серологиялық реакция теріс нәтиже алды
08.02.2024

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-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

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

Ұйым (жеке кәсіпкер) /

Организация (индивидуальный предприниматель)

КВИТАНЦИЯ

кіріс кассалық ордеріне

приходный кассовый ордер № 1705

Принято от Бузелова Айгул

қабылданды

Негізі: / Основание: допуск

Сомасы / Сумма

жазба түрдегі сома/

сумма прописью

200, теңге/ тенге

08.02 2024 ж.

М.О.
М.П.

Бас бухгалтер Главный бухгалтер

қолы /подпись

Кассир

қолы /подпись

Күні Дата	

сақтау жауапты ., қолы, мөр са) ветственного субъектов ия, печать чии)

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, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

14. ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

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
02.03.24		

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

14. ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

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

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Закирова

2. Аты
Имя: Аймарал

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии): Пардабай қызы

4. [ ] № 910815402221
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца: Зак.

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 2205307

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия:

2. Лауазымы
Должность: Мейірбике

3. Жұмыс орны
Место работы: „Айнур-Ернур" б/б

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения: 15.08.1991ж

5. Мекен-жайы
Место жительства: Жок-арал ауд Мереке № 26.

3. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН БҰРЫН АУЫРҒАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар _____
   Ранее перенесенные инфекционные заболевания

4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА, ТЕРАПЕВТ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившей медицинский осмотр
03 04 24	Дз.	Здорова

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 дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
03.04.24.	Д5. Бөрелмен ауру	

КІТАПША
КНИЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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 дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр

ЖЕКЕ КІТАПША
КНИЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского 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
	ВРАЧ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ 05.02.24 ПРОФОСМОТР КРОВЬ НА RW 03.04.24	

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-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского 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

5000294895	А4 Форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды 30944069 Код организации по ОКПО 30944069
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама
	Ұйымның атауы / Наименование организации: «ГККП "Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД" УОЗ Туркестанской области» **Диагностическая лаборатория**		Медицинская документация Форма № 254/у (вкладной лист) Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № 175

ҚАН ҮЛГІЛЕРІН ИФТ ӘДІСІМЕН АИТВ-ға АНТИДЕНЕЛЕРГЕ ЗЕРТТЕУГЕ
№ 5000294895 жеке ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ индивидуальное № 5000294895
НА ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗЦОВ КРОВИ МЕТОДОМ ИФА НА АНТИТЕЛА К ВИЧ

Тексеруге жіберген ұйымның және бөлемшенің атауы:
(Название организации и отделение направляющего на исследование): **РБ Мактааральская Атакент (поликлиника)**
Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии): **ЗАКИРОВА АКМАРАЛ ПАРДАБАЕВНА**
Туған күні (дата рождения): **15.08.1991 г.**; ЖСН (ИИН): **910815402211**
Азаматтығы (Гражданство): **Республика Казахстан**

Жынысы (Пол): **Женский**
Тұлғаны растайтын құжаттың атау мен нөмірі:
(Наименование и номер документа удостоверяющего личность): ; №
Жұмыс орны және лауазымы (Место работы и должность):

Код: **124**
Диагнозы (Диагноз): **обследование**
ӘАОЖ коды (Код КАТО): **610000000 - Туркестанская область**
Үйінің мекенжайы (Домашний адрес): **РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: ТУРКЕСТАНСКАЯ, РАЙОН: МАКТААРАЛЬСКИЙ, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: МАКТААРАЛЬСКИЙ, АУЛ(СЕЛО): КОКАРАЛ, УЛИЦА: КОКАРАЛ, ДОМ: 24-1256**
Қан алған күн және уақыты (Дата и время забора крови): **23.11.2023 15:17:00**
Материалды лабораторияға жіберген күні:
(Дата отправки материала в лабораторию): **24.11.2023**
Зертханаға қанның түскен күні және уақыты: (Дата и время поступления крови в лабораторию): **24.11.2023 11:57:24**

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы: **Врач ПСК** _____ _____
(Должность, фамилия (разборчиво), подпись лица направившего материал):

Зерттеу Исследования	Нәтиже Результат	Референттік мәні Референтные значения/Норма
АИТВ 1,2-ге антиденелер және антиген р24 анықталған жоқ ИФА-әдісімен (Определение суммарных антител к ВИЧ-1,2 и антигена р24 ИФА-методом)	Теріс (Отрицательный)	Теріс (Отрицательный)

Талдау жасалған күні және уақыты
(Дата и время выполнения анализа): **24.11.2023 16:15:17** Специалист-лаборант: _____
Мұхидін Ш. К.

Мен, _____ менің персоналдық деректерімді электрондық ақпараттық ресурстарға енгізуге және тестілеуге және консультация жасауға келісемін ("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 07.07.2020ж. №360-5 ҚРЗ Кодексінің 28-бабы).

Я, **ЗАКИРОВА АКМАРАЛ ПАРДАБАЕВНА** согласен(на) на консультирование и тестирование, и внесение моих персональных данных в электронные информационные ресурсы (ст. 28 Кодекса РК О здоровье народа и системе здравоохранения от 07.07.2020 N 360-5 ЗРК).

Қолы (Подпись)_____

Күні (Дата) **23.11.2023**

Қолданыстағы заңға сәйкес және халықтың денсаулығын сақтау, жұқпалы және паразиттік аурулардың алдын алу мақсатында ұйымдардың қызметкерлері, меншік нысанына қарамастан, шаруашылық және/немесе өндірістік қызметті жүзеге асыратын жеке тұлғалар алдын ала және мерзімдік медициналық қараулар мен медициналық тексерулерден өтуге міндетті.

В соответствии с действующим законодательством и в целях охраны здоровья населения, предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний, работники организации, независимо от форм собственности, физические лица, осуществляющие какую-либо хозяйственную и/или производственную деятельность, обязаны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры и специальные медицинские обследования.

КНИЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

100 Halyk

БОЛЬНИЦА "АТАКЕНТ"
с. Атакент ул. Ж.Ибраев 85

ID терминала:	61421300
ОПЛАТА	**ОДОБРЕНО**
Карта:	440043******8523
СУММА:	**2 200.00 тг.**
Время и дата:	03.04.24.09:32:38
Тип оплаты:	CONTACTLESS
RRN:	409489316018
APP:	VISA
Код авторизация:	351193
Код ответа хоста:	00

Успешно завершено

Подпись не требуется

Емхананың бас дәрігері: _____
Главный врач поликлиники:

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Нурмамбетова

2. Аты
Имя: Гюлсунур

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии): Образалиевна

4. [ ] № 270422402005
сериясы/серия номыры/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 401391

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы: Тәрбиеші
Должность

3. Жұмыс орны: ОШ „Нурлы нол"
Место работы

4. Туған жылы, айы, күні: 22 04 1971
Дата рождения

5. Мекен-жайы: ОШ облысы
Место жительства

13. ЖУМЫС ІСТЕУГЕ РУКСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ___ "___" ___ жылы күні айы Допуск к работе "___" ___ ___ год число месяц	Дене шынықтыру сабақтарына жіберілген оқушылардың Т.А.Ә., қолы, мер (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов физкультурной деятельности, печать (при наличии)

Мерзім: "28" 09 20 24

ЖУМЫСКА РУКСАТ БЕРІЛДІ

13. ЖУМЫС ІСТЕУГЕ РУКСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ___ "___" ___ жылы күні айы Допуск к работе "___" ___ ___ год число месяц	Дене шынықтыру сабақтарына жіберілген оқушылардың Т.А.Ә., қолы, мер (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов физкультурной деятельности, печать (при наличии)

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Исмадилова

2. Аты
Имя: Дешара

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии): Маратқызы

4. [ ] № 00080160767
сериясы/серия — нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 491363

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия: Бастауыш

2. Лауазымы
Должность: тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы: Айнур-Ермир БШБ

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения: 01.08.2000

5. Мекен-жайы
Место жительства: Мактаралдаудағы А. Балыбеков Аталмыра ауылы

3. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН БҰРЫН АУЫРҒАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА, ТЕРАПЕВТ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившей медицинский осмотр

04.10.2023 10:57:26
99 кВ
9.50 мА
15.42 мкЗв
0.83 мА·с
Поликлиника
ФилЦс "ПроСкан" - 2000%

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 дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр

"ЖЕР-АНА" НАШАРТОПТЫҚ ТАУАРАНАУЫ
ДЕЗИНФЕКЦИЯ ҚҰРАЛДАРЫ
ТҮРКІСТАН ОБЛ.,ЖЕТІСАЙ ҚАЛ.
ЖЕТІСАЙ Қ.,ЭЛ-ФИРМАСЫ Қ-СІ,13

БИН: 950610000619 РНН: 010100641254

10007449 20-10-2023 12:29
ОПЕРАТОР 10 10
СЕКЦИЯ 01
ЦЕНА: 100
КОЛ-ВО: 1.000 шт.
СУММА: 100
ПРОМ. ИТОГ 100
ВСЕГО 100

БЕЗ НДС 100

НАЛИЧНЫМИ: 100
ЗНМ: 200000011952

ФИСКАЛЬНЫЙ ЧЕК
ФИСКАЛЬНЫЙ ПРИЗНАК 2596577068
КОД ККМ КГД 010100641254
ОФД - АО "КАЗАХТЕЛЕКОМ"
Фиск. признак 2596577068
Код ККМ КГД: 010100641254
Для проверки чека зайдите на сайт:
http://consumer.ofd.kz

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, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Мусаева

2. Аты
Имя: Айгуль

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии): Бауыржановна

№ 4101 1440 0269
сериясы/серия — нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 581089

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия:

2. Лауазымы
Должность: тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы: "Нұрлы-Өсіп" бөбекжай-бақшасы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения: 14.09.1991

5. Мекен-жайы
Место жительства: Мақтаарал ауданы Ж. Тәшібаев кенесінің әл. Б. Қоспаев к. 90

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат жылы, айы, саны Допуск к работе	Заңсыз емес сипаттағы жұмыстың мекемесінің Т.А.Ж., лауазы, мөрі Ф.И.О., должность ответственного лица за выполнение, печать

ЖҰМЫСКА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ
08.02.2021
Мекеме: Оді 08 ЖЖ

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

II. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат жылы, айы, саны Допуск к работе дата, месяц, год	Заңсыз емес сипаттағы жұмыстың мекемесінің Т.А.Ж., лауазы, мөрі Ф.И.О., должность ответственного лица за выполнение, печать

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА