1. Паспорт деректері
Паспортные данные



М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Кабаев (Иван)

2. Аты
Имя

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

4. 043500931 № 010905551118
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АЖ № 002162

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия подготовка учителей математики

2. Лауазымы
Должность (студент) учитель

3. Жұмыс орны
Место работы СШ а карашенди батыр

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 05.09.2001

5. Мекен-жайы
Место жительства г. Кокшетау
ул. Абылай хана
дом 12
с. Карашекенди Батыра,
ул. Достык, 3

3. Инфекциялық аурулармен бұрын ауырғандығы туралы деректер
Данные о перенесенных инфекционных заболеваниях

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 Ф.И.О., подпись и печать организации, проводящей медицинский осмотр
24.01.22	здоров	Нурсултанова Нурсулу Муктаровна
26.01.2023	здоров	Нурсултанова Нурсулу Муктаровна
01.02.23	здоров	«Денсаулық Үйі» ЖШС «ЖАРАМДЫ» ТОО «Дом Здоровья» Терапевт Нурсултанова Нурсулу Муктаровна
10.02.23	здоров	«Денсаулық Үйі» ЖШС «ЖАРАМДЫ» ТОО «Дом Здоровья» Терапевт Нурсултанова Нурсулу Муктаровна

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 Ф.И.О., подпись и печать организации, проводившей медицинский осмотр

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 Ф.И.О., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр

МЦ"ДИВЕРА"
ФЛЮОРОГРАФИЯ
Өкпе және жүректің өзгерісі жоқ
"11" 01 2023
Қолы

«Клиника Панацея»
ЦИФРОВАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ
25.01.2023

ADAMCLINIC
FLUOROGRAFIA KABINETI
КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ

5. Туберкулезге тексеру нәтижесі
Результат обследования на туберкулез

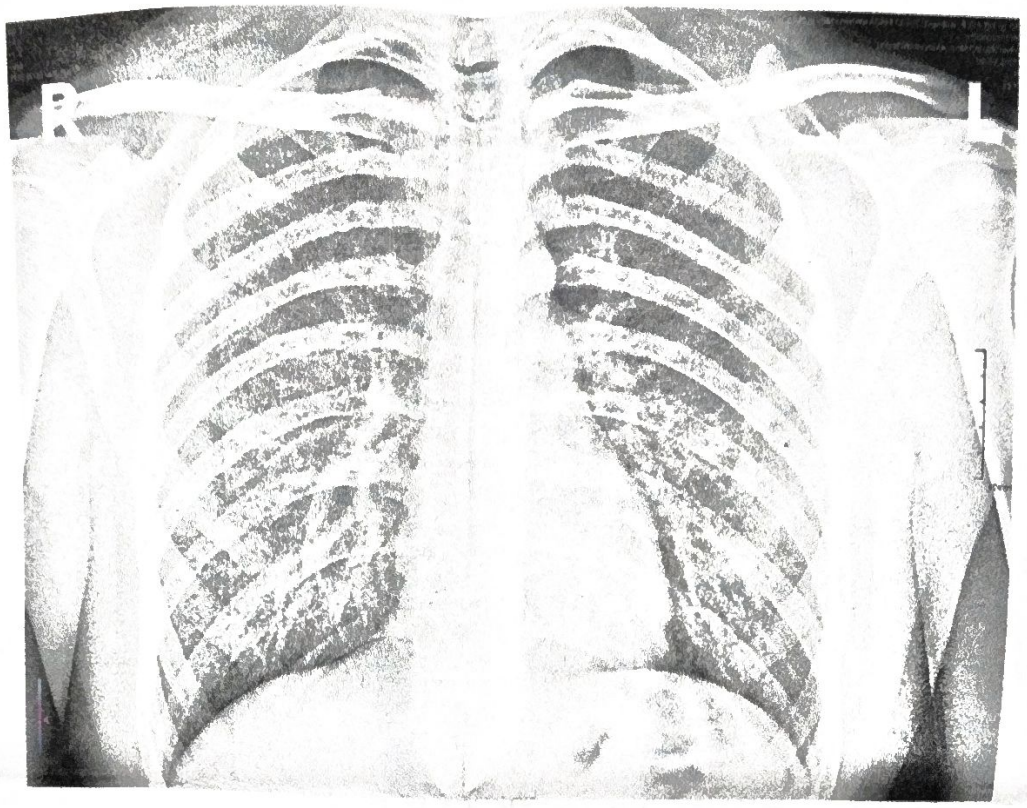
Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі Ф.И.О., подпись и печать врача, проводившего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

«Клиника Панацея» ЖШС
ФЛЮОРОГРАФИЯ
ТОО «Клиника Панацея»
г.Кокшетау
ЛЕГКИЕ В НОРМЕ
ADAMCLINIC
FLUOROGRAFIA KABINETI
КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ
ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ

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 Ф.И.О., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр

Имя пациента	КОЗЕЙКИН ИВАН АЛЕКСАНДРОВИЧ
ID пациента	010905551118
Дата рождения	05-09-2001
Пол	M
Описание	
Дата исследования	16-05-2025 13:21:43
Возраст	23Y



Комментарий	БЕЗ ПАТОЛОГИИ

ADAMCLINIC
FLIÚOROGRAFIA KABINETI
КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ

Printed on : 16.05.2025

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, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	«Клиника Панацея» ЖШС ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ 20.11.01 2015 Дәрігер	
	«Клиника Панацея» ЖШС ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ 20 24 дейін	
189	03.09.24	
	25.09.25	

		16.05.25
1891	16.05.26	

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ



ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Козенкин

2. Аты
Имя Юрий

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

4. [ ] № [ ]
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 учитель

2. Лауазымы
Должность учитель

3. Жұмыс орны
Место работы КГУ, ООШ имя Карименова батыра

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 26.09.96

5. Мекен-жайы
Место жительства с. Карименова Батыра

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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

Дәрігер Тореев
ADAMCLINIC
Терапевт
16.08.25

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

ГКП на ПХВ «Целиноградская РП» при УЗ Акмолинской области

Ф.И.О. : КОЗЕЙКИН ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ 26.09.1996г.р.

Дата исследования: 06.08.2025

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, установка симметричная, очаговые и инфильтративные тени в легких не выявлены. Легочный рисунок усилен и деформирвоан. Корни легких не расширены, структурные. Контуры купола диафрагмы с обеих сторон четкие, ровные. Плевральные синусы свободные. Сердечно-сосудистая тень не расширена.

Заключение: R-картина без очаговых и инфильтративных теней.

ЭЭД 0,15 мЗв Врач: Сабирова А.Ж.

Внимание: Каждый пациент должен сохранять и иметь при себе, в случае повторных рентген исследований, протоколы предыдущих результатов и серий изображений. В случае потери - протоколы и снимки не восстанавливаются. Данное заключение не является диагнозом, оно должно быть клинически интерпретировано лечащим врачом.

Учреждение: Aqmolaaqmol Dx
Серия: PA

2025/08/06

number:

КУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
АТ 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
	"ЦЕЛИНОГРАДСКАЯ РАЙОННАЯ ЕМХАНАСЫ" ШЖҚ МКК	
	06.08.2025	
	б/о вр Сабирова А.К.	

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

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

КЛИНИКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

ADAMCLINIC
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:
прошел
ПРОШЕЛ/АТТЕСТОВАН
15.08.25г.
ГИГИЕНИСТ ЭПИДЕМИОЛОГ (Ф.И.О.ПОДПИСЬ)

КЛИНИКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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)
	Допуск 15.08.25	
	Очередной Медосмотр 06.08.26.	
	Врач	

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)

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ



ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия — Козёкина

2. Аты
Имя — Анна

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) — Николаевна

4. [ ] 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 — учитель

2. Лауазымы
Должность — учитель

3. Жұмыс орны
Место работы — КГУ, ООШ с. Кара-менде батыра

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения — 23.11.1975

5. Мекен-жайы
Место жительства — с. Карамендеп батыра

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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
	ADAMCLINIC Терапевт	
	Бутоева	
	15.07.25	

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

проекции, установка
ких не выявлены. Легочный
уктурные. Контуры купола
ые синусы свободн

ой области

ЕМХАНАСЫ" ШЖҚ МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯЛАУ ОТТ

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

"ЕЛИНОГРАД АУДАНДЫҚ
ЕМХАНАСЫ" ШЖҚ МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯЛАУ ОТТ
06.05.2025
Сабирова

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

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

ADAMCLINIC
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:
ПРОЙДЕНО И АТТЕСТОВАН
ГИГИЕНИСТ-ЭПИДЕМИОЛОГ

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «___»_____ жылы күні айы Допуск к работе «___»_____ жыл число 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)
	Допуск 15-08-25 Очередной Медосмотр 06-08-26 Врач	

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



КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
АСТАНА ҚАЛАСЫ
«DIANA CLINIC» ЖШС
АНЫҚТАМАЛАР ҮШІН
ДЛЯ СПРАВОК
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН
ГОРОД АСТАНА
ТОО «DIANA CLINIC»

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Кудайбай

2. Аты
Имя Әлімхан

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

4. [ ] № 001006355023
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АЖ № 051496

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1. Негізгі мамандығы информатика
Основная профессия
мұғалімі

2. Лауазымы мұғалім
Должность

3. Жұмыс орны Тасты ЖОББМ
Место работы

4. Туған жылы, айы, күні 06.10.2000 ж
Дата рождения

5. Мекен-жайы Алматы обл. 16 114 к.8
Место жительства

8 778 673 45 15

3. Инфекциялық аурулармен бұрын ауырғандығы туралы деректер
Данные о перенесенных инфекционных заболеваниях

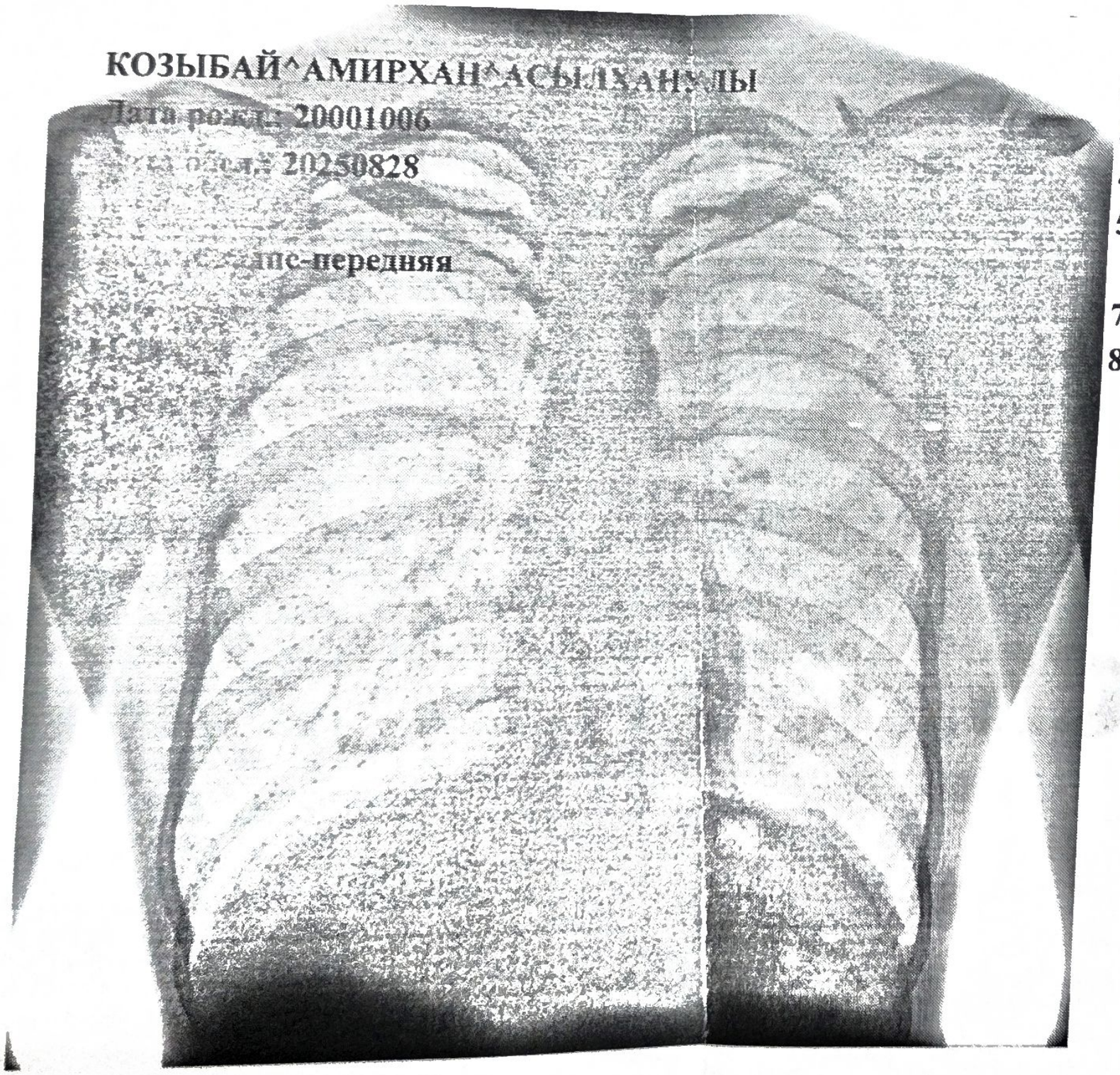
Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания _____

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 Ф.И.О., подпись и печать организации, проводившей медицинский осмотр
	ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ ҚАЗЫНАЛЫҚ КӘСІПОРЫНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5" АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ ТЕРАПЕВТ ЖАРАМДЫ/ГОДЕН Күні/Дата 01.12.25 Ақылы қызметтер/Платные услуги	
	16.11.24 ТОО "Mahambet Clinic" ТЕРАПЕВТ	
	28.09.25 ТОО «Mahambet Clinic» ТЕРАПЕВТ	

ТОО"DIANA CLINIC"

Название аппарата: Флюорограф малодозовый цифровой Женис



1. Фамилия: КОЗЫБАЙ
2. Имя: АМИРХАН
3. Отчество: АСЫЛХАНУЛЫ
4. Дата рождения: 06.10.2000 Номер: 122
5. Дата и время обсл.: 28.08.2025 18:16:55

7. Ф.И.О. врача: КАЖИГУЛОВ.Р.К
8. Заключение: Без патологии

АСТАНА ҚАЛАСЫ ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ "Diana Clinic"
«28» 08 2025 ж./г.
№ 12216

Өкеркулезге тексеру нәтижесі
ьтат 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 Ф.И.О., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр

АСТАНА ҚАЛАСЫ ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ «Astana Clinic»
«16» 11 2021 ж.
№ 23952

АСТАНА ҚАЛАСЫ ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ «Astana Clinic»
«23» 11 2021
№

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 Ф.И.О., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр

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, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать

№ 7788

«Мағанат Clinic»
БИН 200740022166
ДОПУСК К РАБОТЕ

ПРОФПАТОЛОГ

ПРОФПАТОЛОГ

ТОО D
АМИР
АСЫЛ
Дата р
ИНН:
Ф.И.О.
Заклю
20 24
52



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

АНЫҚТАМА ҮШІН

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Гостан

2. Аты
Имя Куандық

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

4. [ ] № 921229350738
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Гостан

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 Мұрағат

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы Қарағанды облыстық сотының

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 29.12.1992

5. Мекен-жайы
Место жительства Қарағанды қаласы

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания Нет.

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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
26.08.2025г.	годен	

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ 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
	"ЦЕЛИНОГРАД АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫ" ШЖҚ МКК ФЛЮОРОГРАФИЯДАН ӨТТІ	
	26.07.2025	
	б/о вр: Е[illegible]ова Г.У.	

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

ГКП на ПХВ «Целиноградская РП» при УЗ Акмолинской области

Ф.И.О. : КОСТИН ҚУАНДЫҚ ХАЙДАРҰЛЫ 29.12.1992г.р.

Дата исследования: 25.07.2025

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, установка симметричная, очаговые и инфильтративные тени в легких не выявлены. Легочный рисунок усилен и деформирован. Корни легких не расширены, структурные. Контуры купола диафрагмы с обеих сторон четкие, ровные. Плевральные синусы свободные. Сердечно-сосудистая тень не расширена.

Заключение: R-картина без очаговых и инфильтративных теней.

Врач: Ержанова Т.У.

ЭЭД 0,15 мЗв

Внимание: Каждый пациент должен сохранять и иметь при себе, в случае повторных рентген исследований, протоколы предыдущих результатов и серий изображений. В случае потери - протоколы и снимки не восстанавливаются. Данное заключение не является диагнозом, оно должно быть клинически интерпретировано лечащим врачом.

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)
	561	26.08.2025г
	ДОПУСКАЕТСЯ К РАБОТЕ 25.07.2026г.	

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 Бурханходжаева

2. Аты
Имя Элеонора

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

4. [redacted] № 841004402001
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 430373

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия музыкант

2. Лауазымы
Должность Бастауыш сынып мұғалімі

3. Жұмыс орны
Место работы Қарағанды облысы негізгі орта мектебі.

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 04.10.1984

5. Мекен-жайы
Место жительства Акмола облысы
Целиноград ауданы
Қарағанды ауылы

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар — Нет.
   Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5" АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ
ТЕРАПЕВТ
ЖАРАМДЫ/ГОДЕН
Күні/Дата 12.08.2023
Ақылы қызметтер/Платные услуги Федорова И.А

КІТЕЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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

Күні Дата	Дәрігердің тұжырымы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қараудан өткізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врачебного (при наличии), проводившей медицинский осмотр
10.08.2021г.	терапевт	
05.08.2022	терапевт	
10.09.23	терапевт	

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

6

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

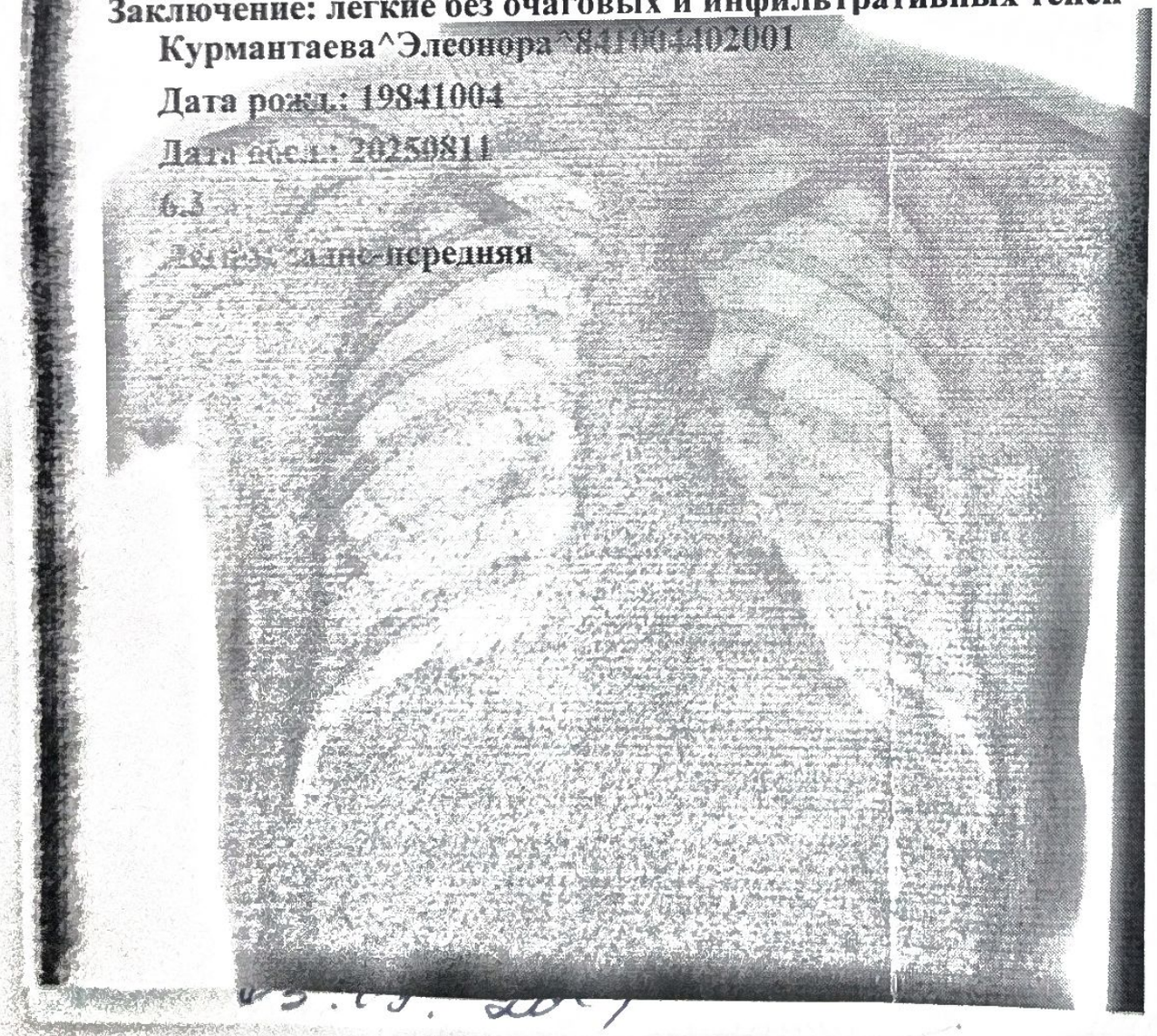
Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	11.08.2025	

7

ГКП на ПХВ №5
Курмантаева
Элеонора
841004402001
Дата рожд.: 4.10.1984 Дата обсл.: 11.08.2025 13:04:06 №: 102812

Ф.И.О. врача: Бекказинова А.М, Усен А.Д. 1-2 читка
Заключение: легкие без очаговых и инфильтративных теней

Курмантаева^Элеонора^841004402001
Дата рожд.: 19841004
Дата обсл.: 20250811
6.3
Задне-передняя



АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ «№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА» МКК ФЛЮОРОГРАФИЯ

НӘТИЖЕСІ
ТУБЕРКУЛЕЗ

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

ҚЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ
ЕМХАНА» МКК
ФИЯ

7

7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Инфекциялық аурудға қарсы вакцинация Вакцинация против инфекционного заболевания	Препаратты енгізу күні Дата введения препарата

7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Инфекциялық аурудға қарсы вакцинация Вакцинация против инфекционного заболевания	Препаратты енгізу күні Дата введения препарата

КІТАБЫ
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ жыл число 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)
	10 АВГ 22	ДОПУСКАЕТСЯ К РАБОТЕ 05.08.2022

ТОО «Медицинский центр «Жердем Астана»
Допуск к работе
с "27" 07 22 20 г.
до "__" _____ 20 г.
Врач 22.07.23

0364

ТОО «Медицинский центр «Жердем Астана»
Допуск к работе
с "08" 08 24 20 г.
до "__" _____ 20 г.
Врач

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ жыл число 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)
Допуск	05.08.2022	ADAMCLINIC ЖЫМЫС РҰҚСАТ
Очередной		
Медосмотр		
Врач	05.08.2023	

РҰҚСАТ 12.08.2025
Кезекті медициналық тексеру 12.08.2026
Дәрігер

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ ҚӘСІПОРНЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5" АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ
№ 2838
ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ
К РАБОТЕ

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



М.Ө.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Бүкеғенова Ағұжсан

2. Аты
Имя Ағұжсан

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

4. [ ] № 030830650579
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 3161615

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Мектепке дейінгі тәрбие және оқыту

2. Лауазымы
Должность тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы Қараменді батыр жалпы орта білім б. м.

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 30.08.2003 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства Ақмола облысы, Есиноград ауданы, Жаңа есіл ауылы, Медеу 11/2

3. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН БҰРЫН АУЫРҒАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР

4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТ[redacted]

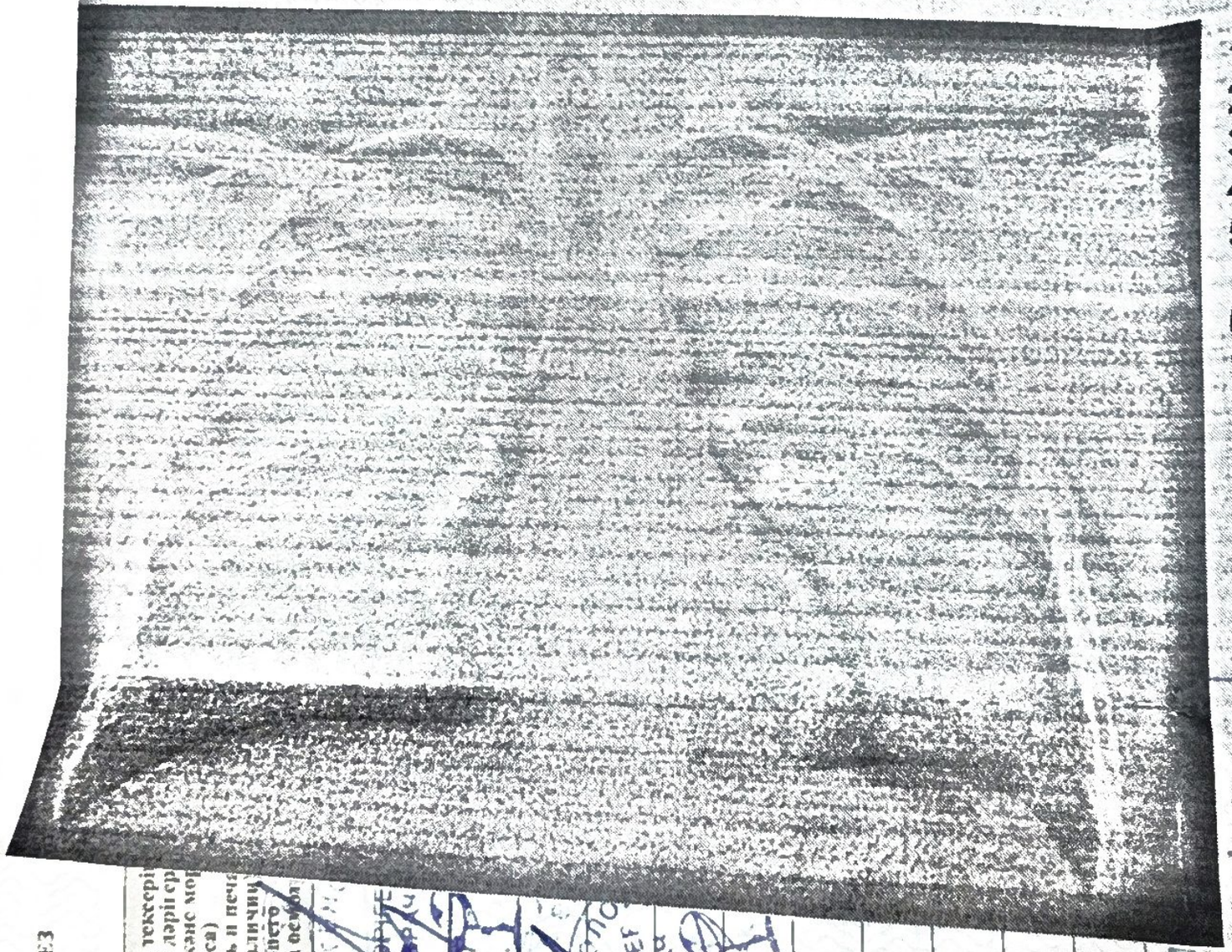
5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

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
ШЖҚ МКК "№ 7 қалалық емхана" Флюорография ӨТТІ ГКП "Городская поликлиника № ..." Флюорография прошел (а) "__" ___ 20 №	14	РЕНТГЕНОЛОГ ДӘРІГЕР ВРАЧ ...РИНА СВЕТЛАНА ВАСИЛЬЕВНА
ШЖҚ МКК "№ 7 қалалық емхана" Флюорография ӨТІ ГКП на ПХВ Городская поликлиника №7 Флюорография прошел (а) 20__ ж.		РЕНТГЕНОЛОГ ДӘРІГЕР ВРАЧ ...РИНА СВЕТЛАНА ВАСИЛЬЕВНА

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕ...
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ...

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра

Название аппарата: КРФ 12 ФК



1.Фамилия КУСЕГЕНОВА
2.Имя АРУЖАН
3.Очество МАРАТКЫЗЫ
4.Дата рождения 30 08 2003
5.Дата и время обс:15 08 2025

6.Ф.И.О. врача: ФЕДОРИНА С В
7.Заключение: Без патологии

ШЖҚ, МКК "№ 7 қалалық емхана"
Флюрография
ГКП на ПХВ "Городская поликлиника №7"
Флюрографический кабинет
20 ж.

ЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
ҚАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

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

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

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

8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКТЫ ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО 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, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
	Инфекционная Больница г Астана Золотистый стафилококк не обнаружен 21 АВГ 2024 Астана қаласы аурулар ауруханасы Алғын түсі стафилококк табылған жоқ	
	Инфекционная Больница г Астана Золотистый стафилококк не обнаружен 18.08.2025 Астана қаласы аурулар ауруханасы Алғын түсі стафилококк табылған жоқ	

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКТЫ ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО 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, проводившего обследование и печать организации (при наличии)

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

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)
21 АВГ 2024	...ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА г. АСТАНА Возбудители сальмонуллеза, дизентерии, брюшного тифа, паратифов А и В не обнаружено АСТАНА ЖАҚПАЛЫ АУРУЛАР АУРУХАНАСЫ Дизентерия, сальмонуллез [illegible] А және В паратиф	...ТОВ НУРДӘЛЕТ АТАБЕКОВИЧ* ДӘРІГЕР ВРАЧ
	...РОД...КАЯ ИНФ...ЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА г. А...АНА Я ГЕЛЬМИНТОВ	
18. 08. 2025	ДАТА ... ПОДПИСЬ	...ТОВ НУРДӘЛЕТ АТАБЕКОВИЧ* ДӘРІГЕР ВРАЧ

9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

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)

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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)
	...РОДСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА г. АСТАНА Возбудителя сальмонеллезов, дизентерии и брюшного тифа паратифов А и В не обнаружено АСТАНА ЖАҚПАЛЫ АУРУЛАР АУРУХАНАСЫ Сальмонеллез қозғалдырғышы, дизентерия және іш сүзегі А және В паратифі анықталмады КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША ЯГЕЛЬМИНТОВ НЕ ОБНАРУЖЕНО ДАТА ВЫДАЧИ 21 АВГ 2024 18.08.2025	

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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)
	ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ	

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)
а 9715 21.08.2023 20.08.2024		
а 2981 18.08.2023 15.08.2024		

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дати	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



АСТА ... ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ... ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" ... ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ... ҚҰҚ... ...ІНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК ... КОМ... ...НАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ

ГОСУДА... ...ВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ... ...ПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ... ...ИСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ ХО... ...ПОЛИКЛИНИКА № 5" "ГОР... ...МАТА ГОРОДА АСТАНЫ

М.О.
М.П.

№ ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ ... К РАБОТЕ

1. Тегі
Фамилия Шаяхметов

2. Аты
Имя Ғаухар

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

4. 054334560 № 871206351186
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 5147465

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия информатика тәжірибелік оқытушы

2. Лауазымы
Должность оқытушы

3. Жұмыс орны
Место работы Қарағанды қаласы ЖОББ мектебі

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 06.12.1987ж

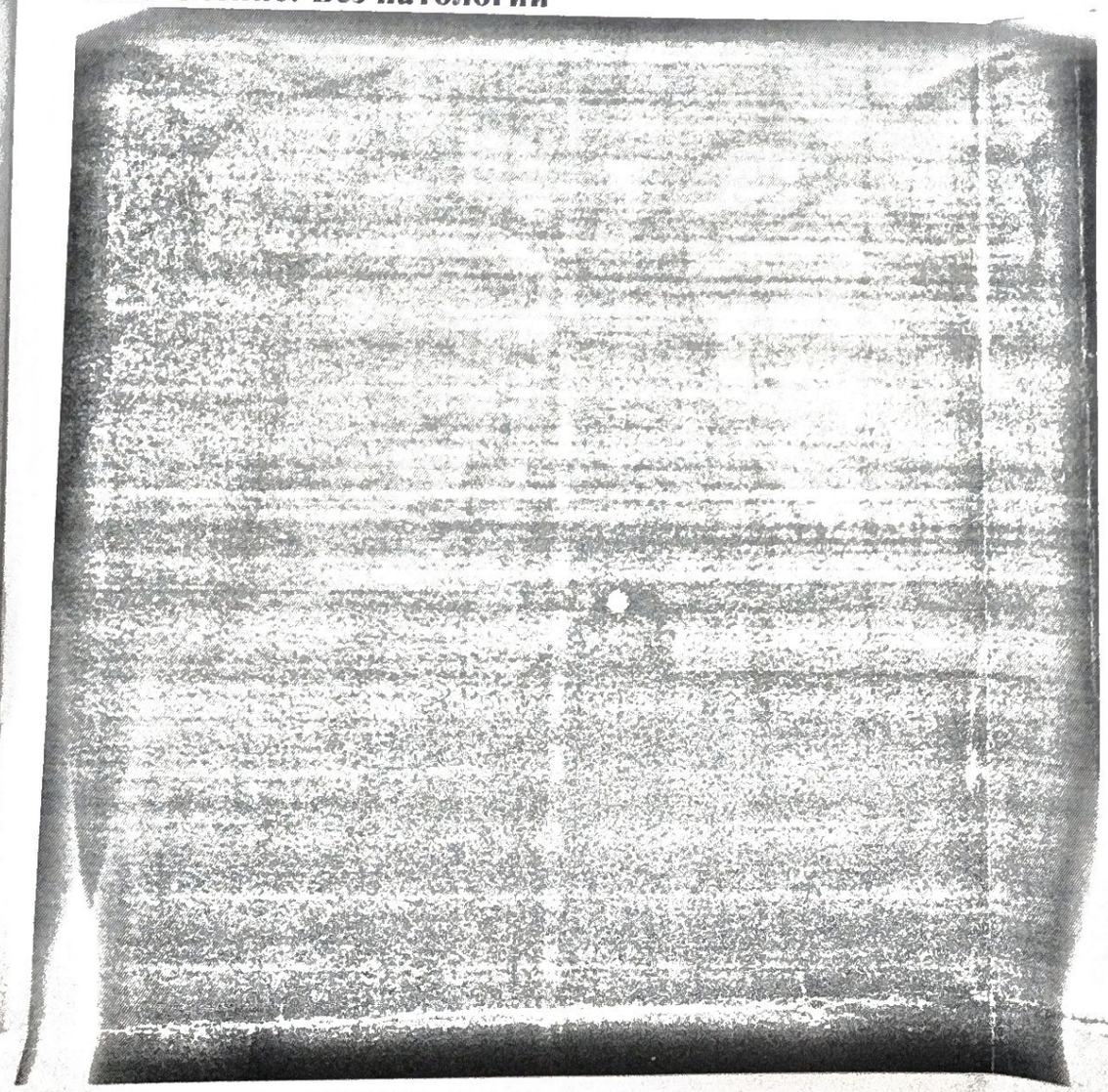
5. Мекен-жайы
Место жительства Қарағанды қаласы Ауэзов ауданы Ғин Рама 23

және халықтың денсау-
е паразиттік аурулардың
мдардың қызметкерлері,
, шаруашылық және/не-
асыратын жеке тұлғалар
дициналық қараулар мен
ге міндетті.

им законодательством и
еления, предотвращения
заболеваний, работники
ом собственности, физи-
кую-либо хозяйственную
ность, обязаны проходить
е медицинские осмотры
едования.

Городская Поликлиника №12
Макишев
Рауан
Б
Дата рожд.: 06.12.1987Дата обсл.: 21.05.2025 18:43:01 №: 14803

Ф.И.О. врача: Байходжаев М.Д 2чит
Заключение: Без патологии



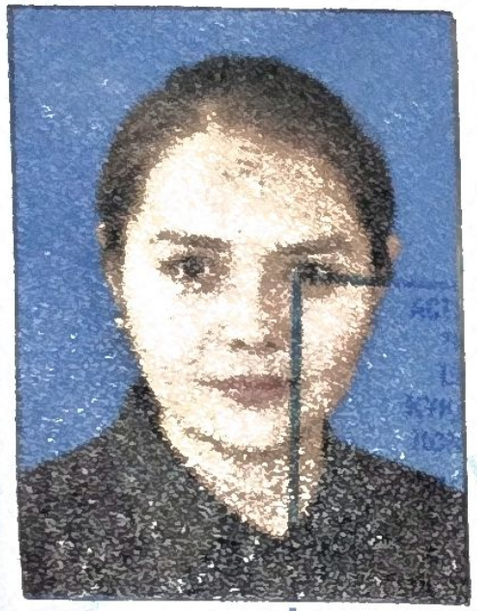
13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

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)
РҰҚСАТ [illegible] Кезекті медициналық тексеру 21.03.26 Дәрігер [illegible]	ҚАИРЛЫХАНОВНА * РАХИМБЕКОВА [illegible] ДӘРІГЕР ВРАЧ	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" … МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5" АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ № с3111 ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ ... К РАБОТЕ

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



ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ
ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА"
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ
ІНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК
ҒНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ
ТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
КАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5"
АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ
№
ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Мактышева

2. Аты
Имя Гульмира

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

4. 04090780 8 № 920212401554
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 5147485

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия қазақ тілі мен әдебиеті пәні мұғалімі

2. Лауазымы
Должность мұғалімі

3. Жұмыс орны
Место работы Қарағанды қаласы аумақтық жоғары мектеп

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 12.02.1992 ж

5. Мекен-жайы
Место жительства Целиноград ауд Қарағанды батыр ауылы Чкалова 23

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
	ТЕРАПЕВТ ЖАРАМДЫ/ГОДЕН	
Күні/Дата	26.08.25	
	Платные услуги	

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
25-02 2025	АСТАНА Қалалық ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ФЛЮОРОГРАФИЯ ЖАҚЫПЫ КӨЗІМЕТ	

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

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

ГКП на ПХВ №5
Макишева
Эльмира
920212401554
Дата рожд.: 12.02.1992Дата обсл.: 25.08.2025 15:36:12 №: 103716

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ
ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯ
АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ

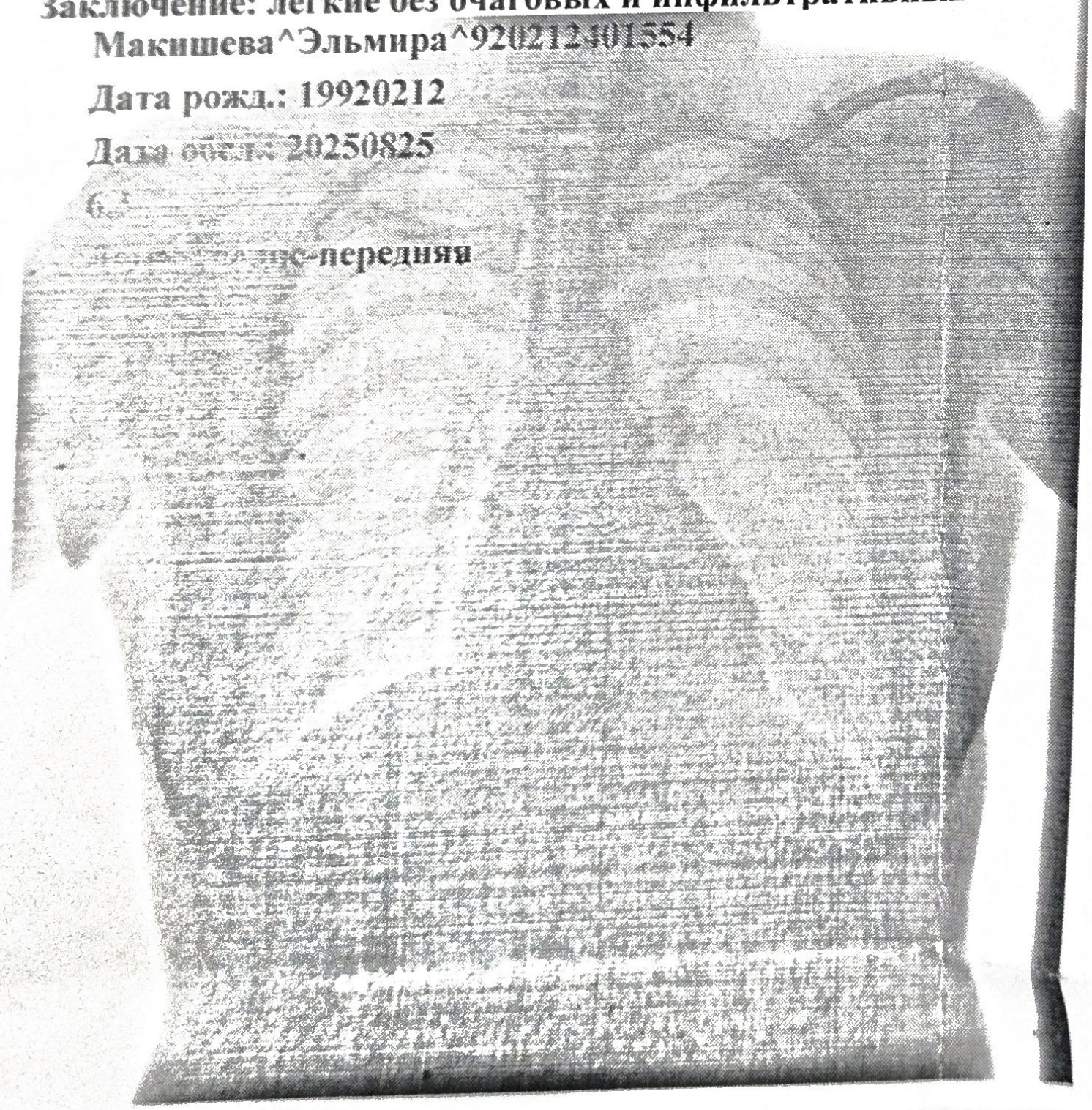
Ф.И.О. врача: Бекказинова А.М, Усен А.Д. 1-2 читка
Заключение: легкие без очаговых и инфильтративных теней

Макишева^Эльмира^920212401554

Дата рожд.: 19920212

Дата обсл.: 20250825

[illegible]-передняя



ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының қолы, мор Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии)
РҰҚСАТ Кезекті медициналық тексеру Дәрігер	26.08.25 25.08.26	"БІРІНШІ ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5" АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ № 3110 ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

РАЗИМБЕКОВА ВЕНЕРА КАМИЛЬЯНОВНА * ДӘРІГЕР ВРАЧ

ГЛАВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

Т.А.Ә.
Ф.И.О.

1. Тегі
Фамилия Мусилова

2. Аты
Имя Мерей

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

4. [ ] № 950124010150
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 Ағылшын тілі

2. Лауазымы
Должность педагог

3. Жұмыс орны
Место работы Future School Ағылшын тілі мұғалімі Тарашенок Виктор Геннадьевич

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 12.07.1995 ж

5. Мекен-жайы
Место жительства Ш. Асанова 53 кв 310.

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания _____

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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

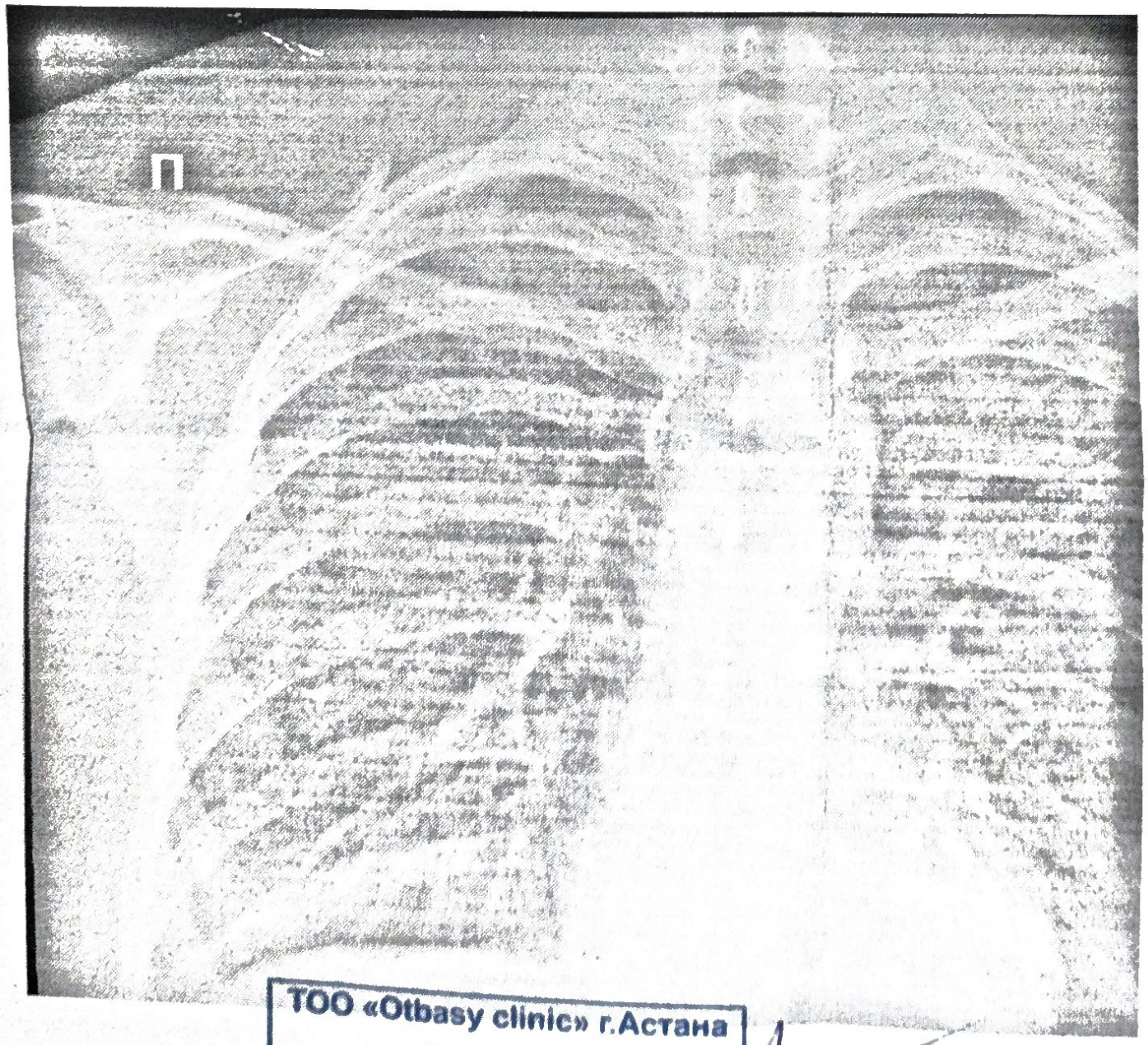
Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившей медицинский осмотр
19.08.2025	Здоров	
23.08.2025	Здоров	

ТЕРАПЕВТ

ТЕРАПЕВТ

Т.А.Ә . (Ф.И.О): **Муслимова Марал Жунисовна.** Ту ған күні(дата рождения) : **12.01.1995**

Флюорография от 31.07.2025 годаНа флюорограмме, легочные поля без видимых очагово-инфильтративных теней , легочная ткань без изменений. Корни структурны , медиально-тяжистые. Стенки бронхов несколько уплотнены. Контуры купола диафрагмы четкие ровные Костодиафрагмальные синусы свободные. Диафрагма на уровне переднего отрезка 6 -го ребра. Сердце и аорта без особенностей. **Ұйғарым (Заключение): Очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено. Дәрігер, қолы, мөртаңбасы (врач, подпись, печать) Жексымбаева Жанна Алтынбековна**



ТОО «Otbasy clinic» г.Астана
ФЛЮОРОГРАФИЯ

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)
«19» 04 2024 г.		
	Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	
23.08.2024	Санитарный минимум пройден * * * ТОО "Otbasy Clinic" ЖШС * * * Санитарлық минимум өтті	
20.08.2025	Санитарный минимум пройден * * * ТОО "Otbasy Clinic" ЖШС * * * Санитарлық минимум өтті	

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

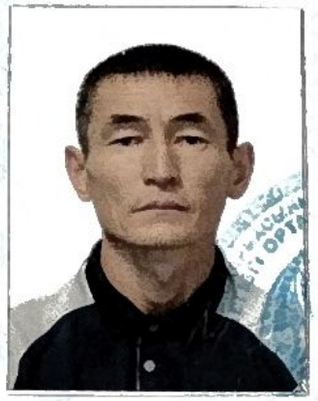
Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ года число месяц	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
Допущен к работе		
с 23.08.2021		
по 23.08.2025		
23.08.2021	Товарищество с ограниченной ответственностью «Othasy clinic» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі № Жұмысқа рұқсат Допуск к работе ақылы қызмет/платные услуги	

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ года число месяц	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
20.01	Товарищество с ограниченной ответственностью «Othasy clinic» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі № 1905 Жұмысқа рұқсат Допуск к работе ақылы қызмет/платные услуги 2026	
2025		



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Нагоков

2. Аты
Имя Ардак

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

4. [ ] № 012727901
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 434640

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия мұғалім

2. Лауазымы
Должность география, дене шынықтыру пәні мұғалімі

3. Жұмыс орны
Место работы Қарамекті батыр ауылы негізгі орта мектебі

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 30.12.1977 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства Ақмола облысы Целиноград ауданы Қарамекті батыр ауылы

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар нет
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

Из годен

ADAMCLINIC Терапевт

11.08.2021

Из: tbc - в 2013 г.

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, проводившей медицинский осмотр
11 АВГ 2021	Годен	
28.09.22	ТЕРАПЕВТ	
05.08.2023	ТЕРАПЕВТ годен	

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
	25.07.2022 ФЛГ 3 г	
	К ФЛГ 27.07.2022	
	Флюорография данных	
	нет туберкулеза	
	Ф/д слев. хр.	
	п. тонева	
	27.06.2025	

ЦЕЛИНОГРАД АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫ" ШЖҚ МКК ФЛЮОРОГРАФИЯДАН ӨТТІ

ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ «№1 КӨПБЕЙІНДІ ОБЛЫСТЫҚ АУРУХАНА» МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ ҚАЗЫНА КӘСІПОРНЫ

КЕУДЕ РЕНТГЕНІ

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
	Флюрография от 04.06.2024г.	
	Рентгенограмма от 21.11.г.	
	легких. Ур. Данных	
	на момент осмотра	
	не выявлено.	
	Др. Ержабулова Г.А.	
	04.06.2025 б/о	
	др Сабирова Ан	

"ЦЕЛИНОГРАД АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫ" ШЖҚ МКК ФЛЮОРОГРАФИЯДАН ӨТТІ

7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Инфекциялық ауруға қарсы вакцинация Вакцинация против инфекционного заболевания	Препаратты енгізу күні Дата введения препарата
RV	08.06.13г. 0,5 РМ У-35. ИМБ.
Отечественная вакцина	
1 этап: 25.06.2021 Доз-COVID-V	
2 этап: 12.07.2021 Доз-COVID-V	
	2

КЛИНИКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Инфекциялық ауруға қарсы вакцинация Вакцинация против инфекционного заболевания	Препаратты енгізу күні Дата введения препарата

КЛИНИКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

SANITARLYQ MINIMÝM ATTESTASYADAN ÓTTI
11-08-2021

ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана»
Валиханова 12, ВП-1,
тел: 8 701 388 80 58
Гигиеническое обучение по программе:

ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН
«04» 08 2021 20 ___ год
Гигиенист-эпидемиолог
(Ф.И.О. (при наличии), роспись)

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)
05.08.21		

ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана»
Валиханова 12, ВП-1,
тел: 8 701 388 80 58
322
Гигиеническое обучение по программе:

ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН
«10» 05 2021 г.
Гигиенист-эпидемиолог
(Ф.И.О. (при наличии), роспись)

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)

ДОПУСКАЕТСЯ К РАБОТЕ 2021

ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана»
Допуск к работе
с "28" 09 2022 г.
до "28" 09 2023 г.
Врач

ADAMCLINIC

Допуск 11.08.2015
Очередной
Медосмотр 08.08.2022
Врач

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)

ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана»
Допуск к работе
с "10" 03 2023 г.
до "11" 05 2024 г.
Врач

ADAMCLINIC

Допуск 05.08.2024
Очередной
Медосмотр
Врач

ГКП на ПХВ «Целиноградская РП» при УЗ Акмолинской области

Ф.И.О. : НАҒАН АРДАҚ БӨЛТІРІКҰЛЫ 30.12.1977г.р.

Дата исследования: 08.08.2025

"ЦЕЛИНОГРАД АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫ" ШЖҚ МКК ФЛЮОРОГРАФИЯЛАН ӨТТІ

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, установка симметричная, в верхних долях обоих легких определяются фиброзные изменения и плотные тени различных форм и величин. Легочный рисунок усилен и деформирован. Корни легких не расширены, структурные. Контуры купола диафрагмы с обеих сторон четкие, ровные. Плевральные синусы свободные. Сердечно-сосудистая тень не расширена.

Заключение: R-картина остаточных изменений в верхних долях обоих легких после перенесенного спец.процесса.

ЭЭД 0,15 мЗв

Врач: Сабирова А.Ж.

Внимание: Каждый пациент должен сохранять и иметь при себе, в случае повторных рентген исследований, протоколы предыдущих результатов и серий изображений. В случае потери - протоколы и снимки не восстанавливаются. Данное заключение не является диагнозом, оно должно быть клинически интерпретировано лечащим врачом.



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

М.О.

1. Тегі
Фамилия Никитина

2. Аты
Имя Юлия

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

4. [ ] серіясы/серия № [ ] номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 336416

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия учитель

2. Лауазымы
Должность учитель

3. Жұмыс орны
Место работы КГУ, ООШ села Карагенда батыра

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 20.07.1995

5. Мекен-жайы
Место жительства с. Карагенда батыр

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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

ADAMCLINIC
Терапевт
ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

ГКП на ПХВ «Целиноградская РП» при УЗ Акмолинской области

Ф.И.О. : НИКИТИНА ЮЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА 20.07.1995 г.р.

Дата исследования: 06.08.2025

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, установка симметричная, очаговые и инфильтративные тени в легких не выявлены. Легочный рисунок равномерный. Корни легких не расширены, структурные. Контуры купола диафрагмы с обеих сторон четкие, ровные. Плевральные синусы свободные. Сердечно-сосудистая тень не расширена.

Заключение: R-картина без очаговых и инфильтративных теней.

ЭЭД 0,15 мЗв

Врач: Сабирова А.Ж.

Внимание: Каждый пациент должен сохранять и иметь при себе, в случае повторных рентген исследований, протоколы предыдущих результатов и серий изображений. В случае потери - протоколы и снимки не восстанавливаются. Данное заключение не является диагнозом, оно должно быть клинически интерпретировано лечащим врачом.

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

ЧЕЛКАРСКАЯ РАЙОННАЯ ПОЛИКЛИНИКА
06.08.2025
Об. вр. Ахметова А.Т.

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

Личная медицинская книжка

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

ADAMCLINIC
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:
прошел(ла) аттестован(а)
15.08 2018
гигиенист эпидемиолог
(Ф.И.О.подпись)

КЛИНИКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

КЛИНИКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «___» _____ шығыс 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)

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «___» _____ шығыс 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 Расимет

2. Аты
Имя Жупар

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

4. [ ] № 620618400550
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АЖ № 002162

• жеке медициналық кітапша • личная медицинская книжка •

Республиканский центр повышения квалификации и переподготовки
пр.Достык 210, +7 (700) 364-54-00
Гигиеническое обучение по программе:
обучения лиц декретированной группы населения
прошел и экзаменован
"13" сентября 2021г.
Гигиенист-эпидемиолог Тулешова Г.

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия медработник

2. Лауазымы
Должность лаборант

3. Жұмыс орны
Место работы Жанаозен ЦГЭ

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 1962. 18.07.

5. Мекен-жайы
Место жительства Жанаозен ауыл Атамекен көшесі

3. Инфекциялық аурулармен бұрын ауырғандығы туралы деректер
Данные о перенесенных инфекционных заболеваниях

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 Ф.И.О., подпись и печать организации, проводившей медицинский осмотр
	Терапевт № 7 қалалық емхана	
01	09 2021 ж.	ДӘРІГЕР ВРАЧ
	ТЕРАПЕВТ 12.08.22	
	ТЕРАПЕВТ 05.09.2023	

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 Ф.И.О., подпись и печать организации, проводившей медицинский осмотр
	№2 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАСЫ ТЕРАПЕВТІН ТЕКСЕРУІ осмотр терапевта 02.09.24	
07.10.25	терапевт	

Снимо

Па
Да
№
Да
Ме
Ре

07.10.2025, 13:54

РАХМЕТ ЖУПАР АНАСҚЫЗЫ, 1962 г.р., Женский, ИИН 620618400550

ТОО "Поликлиника CITY" г. Астана
ул. Аманжол Болекпаев, д.5
Отделение лучевой диагностики
Ф.И.О: РАХМЕТ ЖУПАР АНАСҚЫЗЫ Дата рождения: 18.06.1962
620618400550
РАЙОН ВНУТРИ ГОРОДА: АЛМАТЫ, УЛИЦА: Ш.КАЛДАЯКОВА , ДОМ: 23/1
44
Дата обследования: 17.09.2025
Флюорография органов грудной клетки



ТОО «Поликлиника City»
Дептен таза | Патологических изменений не обнаружено
Флюорография № 1709 күні 2025
Дәрігер Мадияров А.Е.

В верхушке обеих лёгких мелкие кальцинаты. Легочной рисунок фиброзно изменен. Корни расширенные, структура прослеживается слабо

Заключение: МОТИ Хронический бронхит Пневмофиброз/ Архив от 08.08.2019г.- в динамике стабильно.

Врач-рентгенолог: Мадияров А.Е.

11. Вирустық гепатиттер, АИТВ маркерлеріне зерттеу нәтижесі
Результат обследования на маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации

ТОО «Медицинский центр «Жардем астана



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Тегі
Фамилия Балкаева

2. Аты
Имя Шолпан

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

4. [ ] № 991001401483
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
AA № 4038381

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия логопед - дефектолог

2. Лауазымы
Должность логопед - дефектолог

3. Жұмыс орны
Место работы Қарағанды қаласы орта білім беретін мектеп.

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 01.10.1999 г.

5. Мекен-жайы
Место жительства мкр Чкалов Ниязбек 9.

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

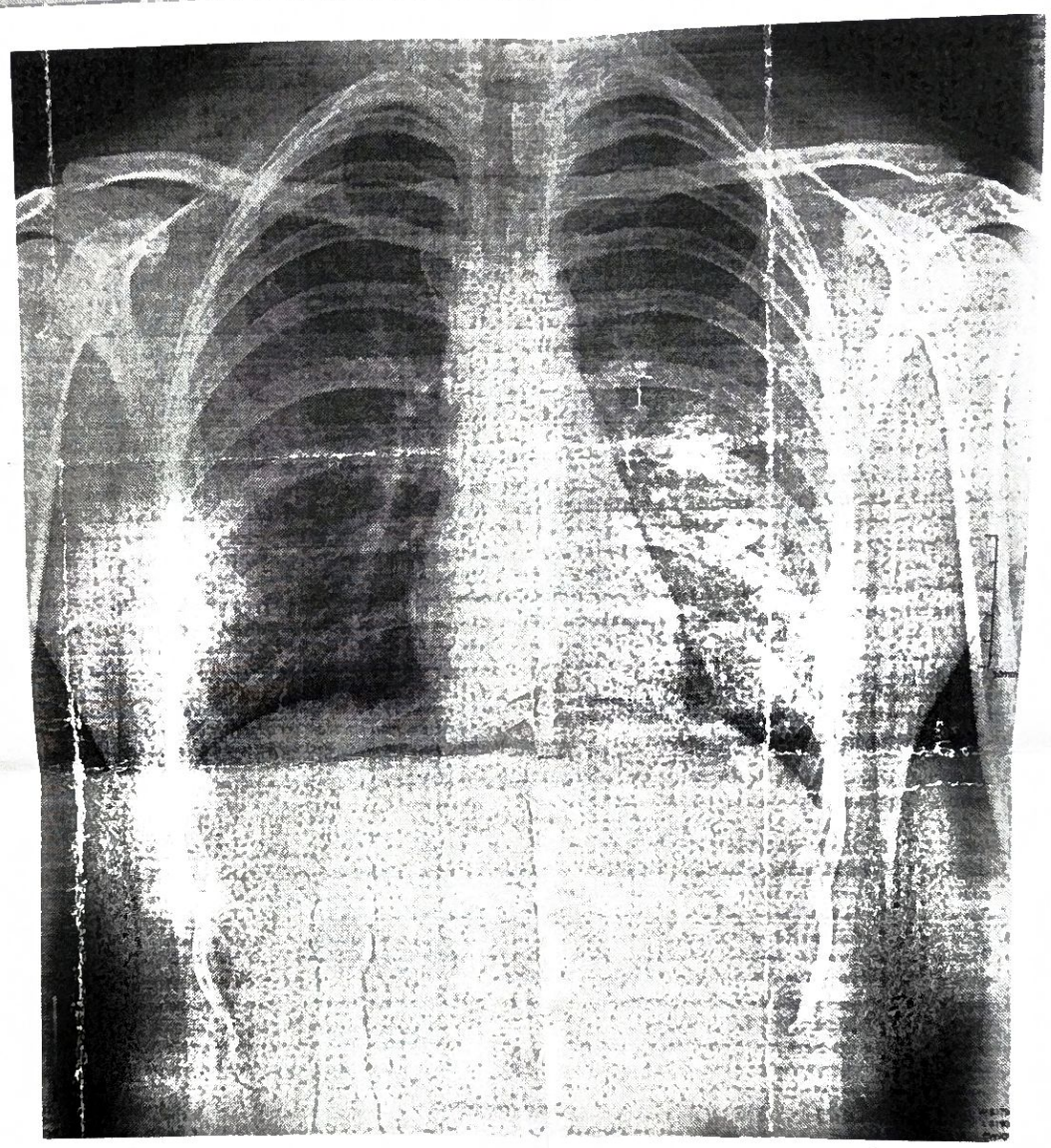
1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
   Ранее перенесенные инфекционные заболевания _____

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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

Күні Дата	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
	18 тамыз ADAMCLINIC Терапевт	ДӘРІГЕР ВРАЧ
	9.11.24	
	15 тамыз ADAMCLINIC Терапевт	ДӘРІГЕР ВРАЧ
	15.08.25	

Имя пациента	САГНАЕВА ШАХНОЗА МИРЗАКАРИМКИЗИ
ID пациента	991001401483
Дата рождения	01-10-1999
Пол	F
Описание	
Дата исследования	09-11-2024 10:35:29
Возраст	25Y



Комментарий	БЕЗ ПАТОЛОГИИ

ADAMCLINIC
FLUOROGRAFIA KABINETI
КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ

ЖИПОВ МАРАТ КАНАПЬЯЛЫ
ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ

КОЖИЕВ НУРДАУЛЕТ НУРЖАНБЕКОВИЧ
ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ

Printed on : 09.11.2024

ADAM CLINIC

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

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
	Негатив 09.11.24 ADAMCLINIC FLUOROGRAFIA KABINETI КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ	САКИМОВ МАРАТ КАНАПЬЯЕВИЧ ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ

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
	КӨПСАЛАЛЫ ЕМХАНА «ADAM CLINIC» МИКРОРЕАКЦИЯ-ТЕРІС «26» 08 2025 г. МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА «ADAM CLINIC» МИКРОРЕАКЦИЯ - ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ Врач ADAMCLINIC Дерматовенеролог	

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
	КӨПСАЛАЛЫ ЕМХАНА «ADAM CLINIC» МИКРОРЕАКЦИЯ-ТЕРІС «9» 11 2025 ж. МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА «ADAM CLINIC» МИКРОРЕАКЦИЯ - ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ Врач ADAMCLINIC Дерматовенеролог	

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать (при наличии)

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать (при наличии)

ADAMCLINIC
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:
ПРОШЕЛ И АТТЕСТОВАН
«9» 10 20 ду
гигиенист, эпидемиолог
(ф.и.о.подпись)

ADAMCLINIC
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:
ПРОШЕЛ И АТТЕСТОВАН
«25» 08 20 15
гигиенист, эпидемиолог
(ф.и.о.подпись)

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)

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)
Допуск 9.11.24 Очередной Медосмотр 9.11.24 Врач		ADAMCLINIC ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ ВРАЧ ПРОФПАТОЛОГ
N0457		ADAMCLINIC ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ
Допуск 25 08 2025 Очередной Медосмотр 26.08.2025 Врач		ПРОФПАТОЛОГ



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

1. Тегі
Фамилия Сатбалдинова

2. Аты
Имя Дамира

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

4. АА сериясы/серия № 970621 46 1385 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 Педагог

2. Лауазымы
Должность Педагог

3. Жұмыс орны
Место работы КГУ «Общеобразовательная школа с казахским обучением»

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

5. Мекен-жайы
Место жительства Акмолинская обл. Целиноградский р-н, с. Жаныспай

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

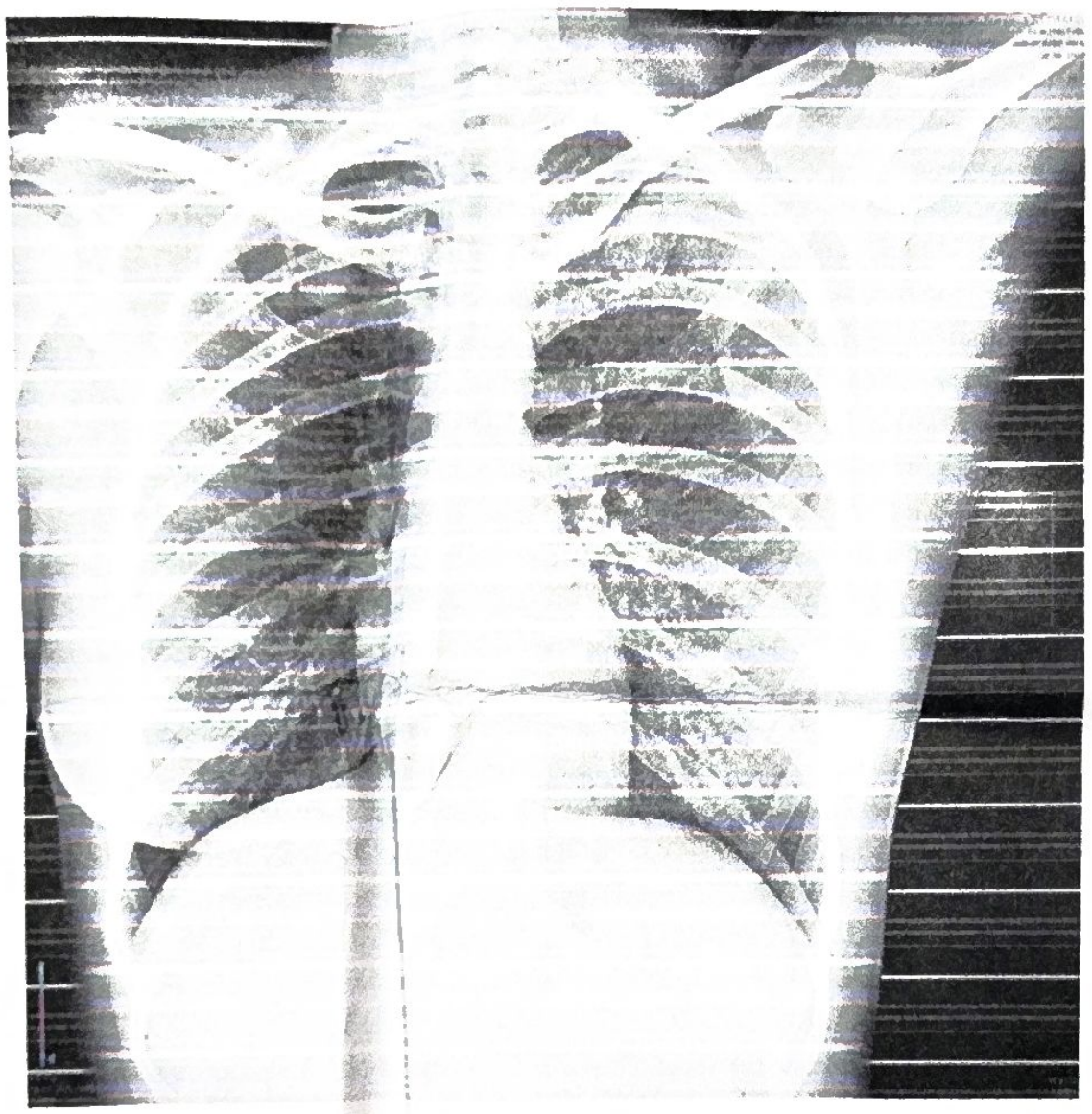
ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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
	Из годно ADAMCLINIC Терапевт	ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ Дәрігер врач
	04.07.2024	

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

Имя пациента	САТВАЛДИНОВА ДАМИРА ШАЙХИСЛАМОВНА
ID пациента	970621451385
Дата рождения	21-06-1997
Пол	F
Описание	
Дата исследования	04-07-2025 10:15:10
Возраст	28Y



Комментарий БЕЗ ПАТОЛОГИИ

ADAMCLINIC
FLIÚOROGRAFIA KABINETI
КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ

НУРДАУЛЕТ НУР

5.ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексерін-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
	ADAM CLINIC 04.02.2025 FLUOROGRAFIA KABINETI КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ	

5.ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексерін-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

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

ADAMCLINIC
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:
ПРОЙДЕН
ПРОШЕЛ И АТТЕСТОВАН
04.07.25
ГИГИЕНИСТ-ЭПИДЕМИОЛОГ
(Ф.И.О. и подпись)

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

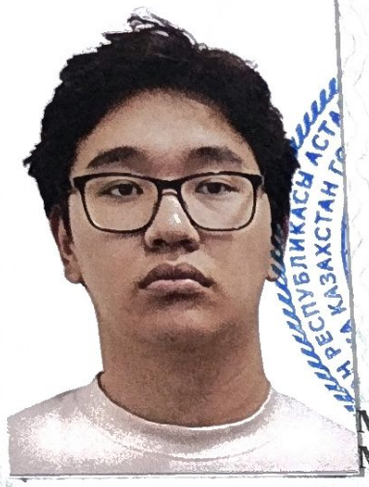
13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

ADAMCLINIC
№ 1132
ЖҰМЫСҚА ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ
ДӘРІГЕР ВРАЧ
Допуск 04.07.2016
Очередной
Медосмотр 04.07.2016
Врач

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)



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Ұлықпанов

2. Аты
Имя Диас

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

4. [ ] № 04 79 08520
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Ұлы

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 336416

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия учитель

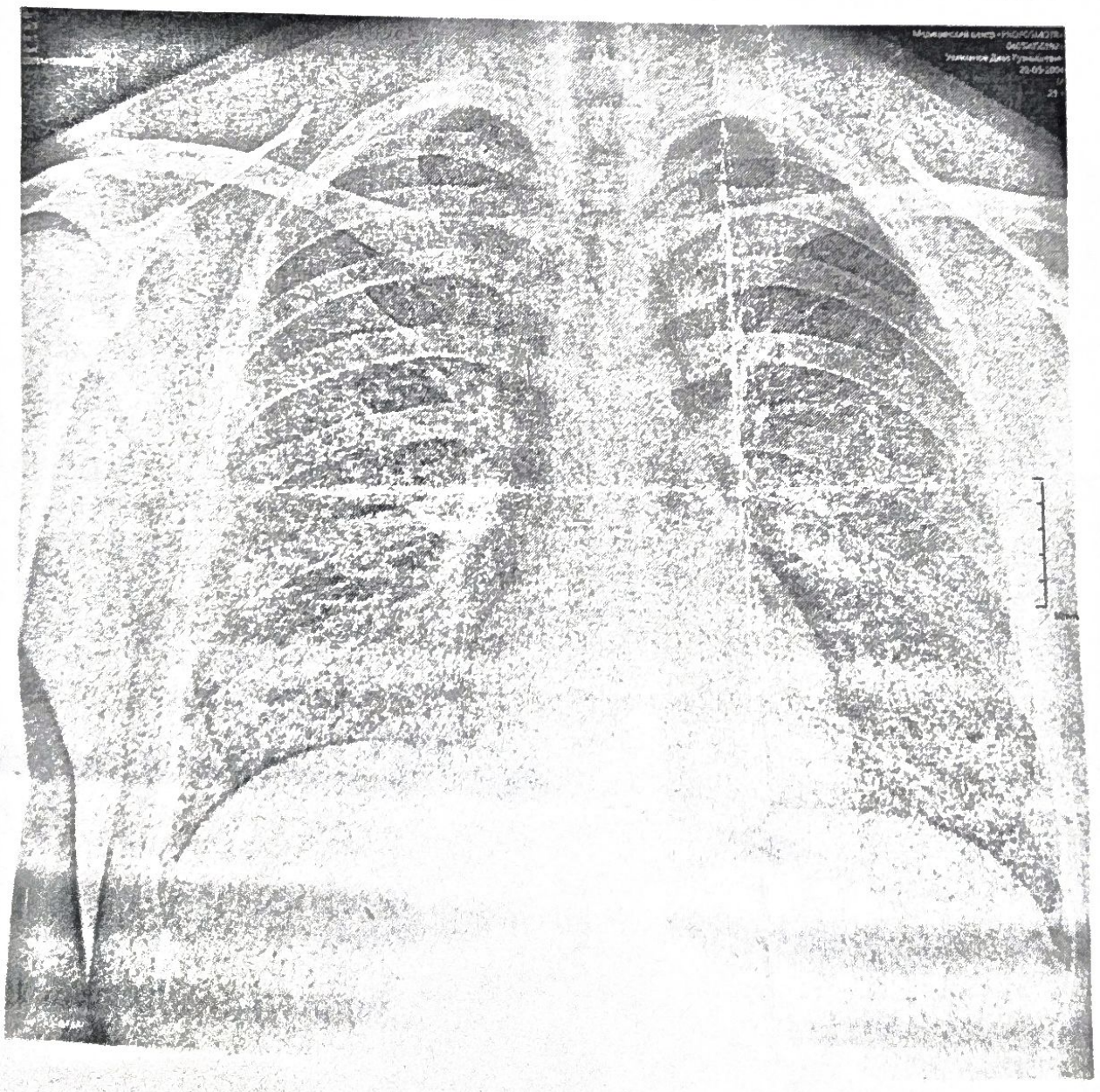
2. Лауазымы
Должность учитель

3. Жұмыс орны
Место работы школа с. Карамурт
бөлігі

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 20.05.2004

5. Мекен-жайы
Место жительства г. Астана ул. Сарыарка 10

Имя пациента	Уалиханов Диас Куанышевич
ID пациента	040520551923
Дата рождения	20-05-2004
Пол	M
Комментарий	
Дата исследования	14-08-2025 13:13:37
Возраст	21Y



Описание Без патологий

ФЛЮОРОГРАФЕН

Printed on : 14.08.2025

Медицинский центр «PROFOSMOTR»

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар _____
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

_____

_____

_____

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

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., кол және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившей медицинский осмотр
ОСМОТРЕНА ТЕРАПЕВТОМ Д.З.: "14" 08 2025 Врач:		

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

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

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСИУБЛИКИ 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)

«PROFOSMOTR» Медицина сақтандыру ҰҚС
Сабдуллин көшесі 10
N 12558

Бағдарламасы бойынша гигиеналық оқудан
өтті және аттестатталды
20 25 жылғы « 14 » 08
Гигиенист-эпидемиолог
(Т.А.Ә. қолы)

ЖШС «Медицина сақтандыру»
Алтай

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ 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)

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)
N 20930		
07	14.08.2025	
до 14.08.2026		

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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)

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

1. Тегі
Фамилия Усеева

2. Аты
Имя Асемгуль

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

4. АА № 826291
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Усеева

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 826291

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Преподователь

2. Лауазымы
Должность Преподователь

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

3. Жұмыс орны
Место работы Медучилище
Осш. колледж

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 18.11.1973г

5. Мекен-жайы
Место жительства Нур-Султан г.
Костанай-2
ул. Тлендиева 7

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ADAMCLINIC
Терапевт
27.08.2022

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), проводившего медицинский осмотр
	ADAMCLINIC Терапевт	
	ТЕРАПЕВТ ЖАРАМДЫЛЫҒЫ Күні/дата Ақылы қызмет/Платные услуги	
	ТЕРАПЕВТ ЖАРАМДЫЛЫҒЫ Күні/дата Ақылы қызмет/Платные услуги	
	ТЕРАПЕВТ	

...КУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
...ТАТ 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
	12.08.22	
	11.08.2022	
	30.08.2023	

«№ 5 қалалық емхана» МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯ
ақылы қызмет

ШЖҚ «№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА» МКК
РЕНТГЕНОГРАФИЯ

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ
«№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА» МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯ

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
	05.08.2021	
	16.07	
	2021	

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ
«№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА» МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯ

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ
«№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА» МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯ

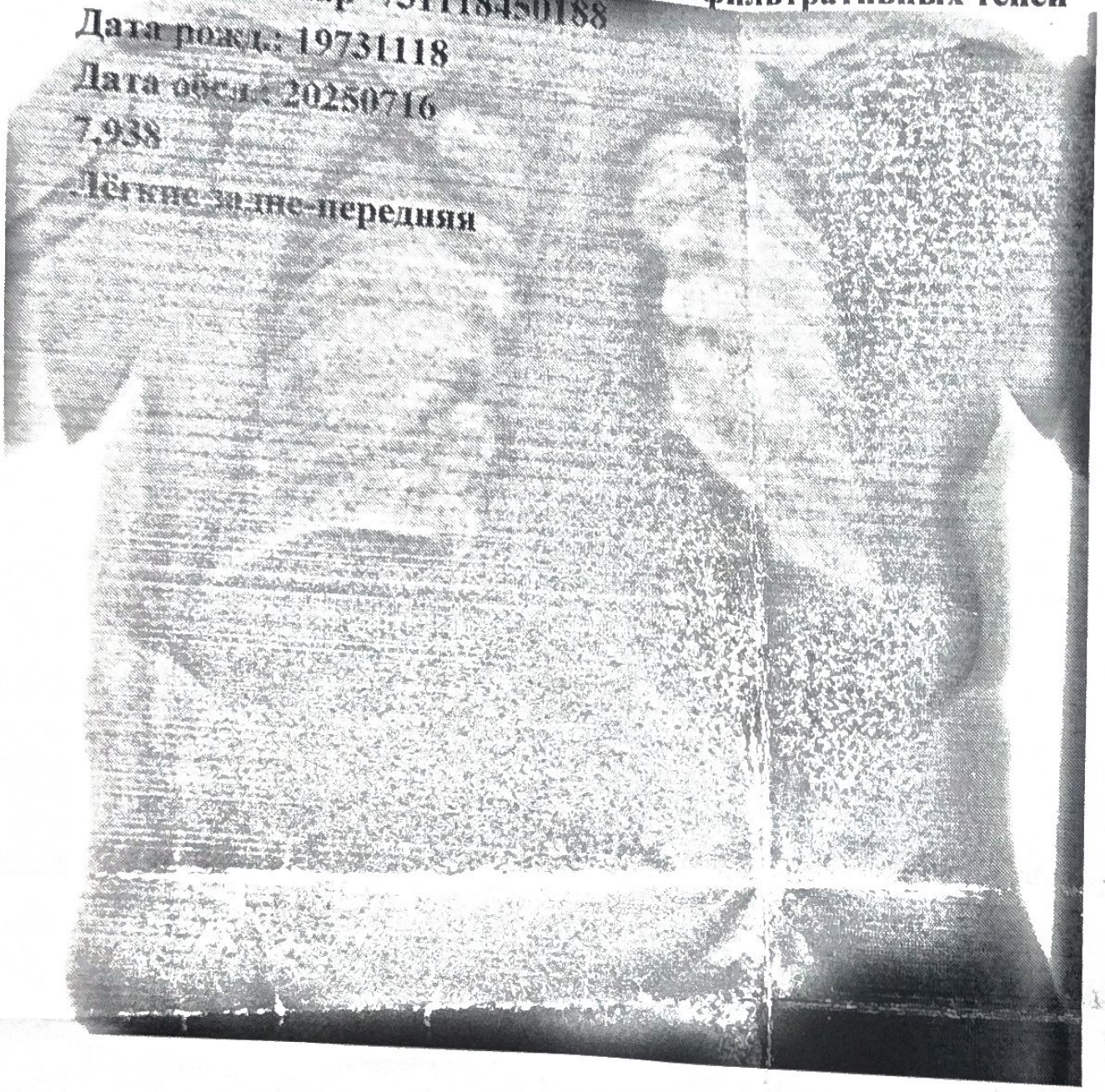
ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

ГКП на ПХВ №5
Ускина
Жанар
731118450188
Дата рожд.: 18.11.1973Дата обсл.: 16.07.2025 11:55:48 №: 101413

Ф.И.О. врача: Бекказинова А.М, Куралбек А.О 1-2 читка
Заключение: легкие без очаговых и инфильтративных теней

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ
«№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА» МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯ

Ускина^Жанар^731118450188
Дата рожд.: 19731118
Дата обсл.: 20250716
7,938
Лёгкие задне-передняя



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)
	Допуск 16.08.21 Очередной Медосмотр 16.08.22 Врач	
	Допуск 17.08.22 Очередной Медосмотр 17.08.23 Врач	
	Допуск 17.08.2023 Очередной Медосмотр 16.07.2026 Врач	

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)
	ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана» Допуск к работе с "16" 08 2023 г. по "24" 08 2024 г. Врач	
	Допуск 21.08.2024 Очередной Медосмотр 21.08.2025 Врач	



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия

2. Аты
Имя

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

4. _____ № 047301204
сериясы/серия номір/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 814834

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия учитель начальных классов

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы основная средняя школа с Карашенди батыра

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 23.10.1964г

5. Мекен-жайы
Место жительства Алматинская об Целиноградский р/н с Карашенди батыра ул Угол Дала 68

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар нет
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

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

ADAMCLINIC Терапевт

Күні	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі

МИНИСТРЛІГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БЕКІТІЛГЕН ДӘРІГЕР ВРАЧ

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

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

12. ҚАЗАҚСТАН 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)
	SANITARLYQ MINIMYM ATTESTASIADAN ÓTTI 04" 01 2024 ж.	ТОО «Медицинский центр «Жәрдем Астана» Валиханова 12, ВП-1, тел: 8 701 388 80 58 Гигиеническое обучение по программе: ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН «07» 08 2024 год Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), роспись)

12. ҚАЗАҚСТАН 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)
	ПРОШЕЛ И АТТЕСТОВАН «10» 08 2023 год Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), роспись)	ТОО «Медицинский центр «Жәрдем Астана» Валиханова 12, ВП-1, тел: 8 701 388 80 58 Гигиеническое обучение по программе: ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН «10» 08 2023 год Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), роспись)

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)
09 ФЕВ 2021	ДОПУСКАЕТСЯ К РАБОТЕ	2022
	ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана» Допуск к работе с 02 08 22 до 01 08 23 Врач	№1059

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)
	ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана» Допуск к работе до 10 02 Врач	
	Допуск Очередной Медосмотр Врач	
	Допуск 08 07 2021 Очередной Медосмотр 08 07 2021 Врач	



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

МО
М.П.

1. Тегі
Фамилия Тимофеева

2. Аты
Имя _____

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

4. _____ № _____
сериясы/серия номірі/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 педагог

2. Лауазымы
Должность _____

3. Жұмыс орны
Место работы Караганды Батыра

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 27.10.1988г

5. Мекен-жайы
Место жительства _____

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

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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
17.10.2022		ДӘРІГЕР

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

ШЖҚ МКК "№7 қалалық емхана"
Флюрография бөлімі
ГКП на ПХВ "Городская поликлиника №7"
Флюрографический кабинет
20 ж

ДӘРІГЕР
ВРАЧ

Клиника "Личная медицинская"

5.ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

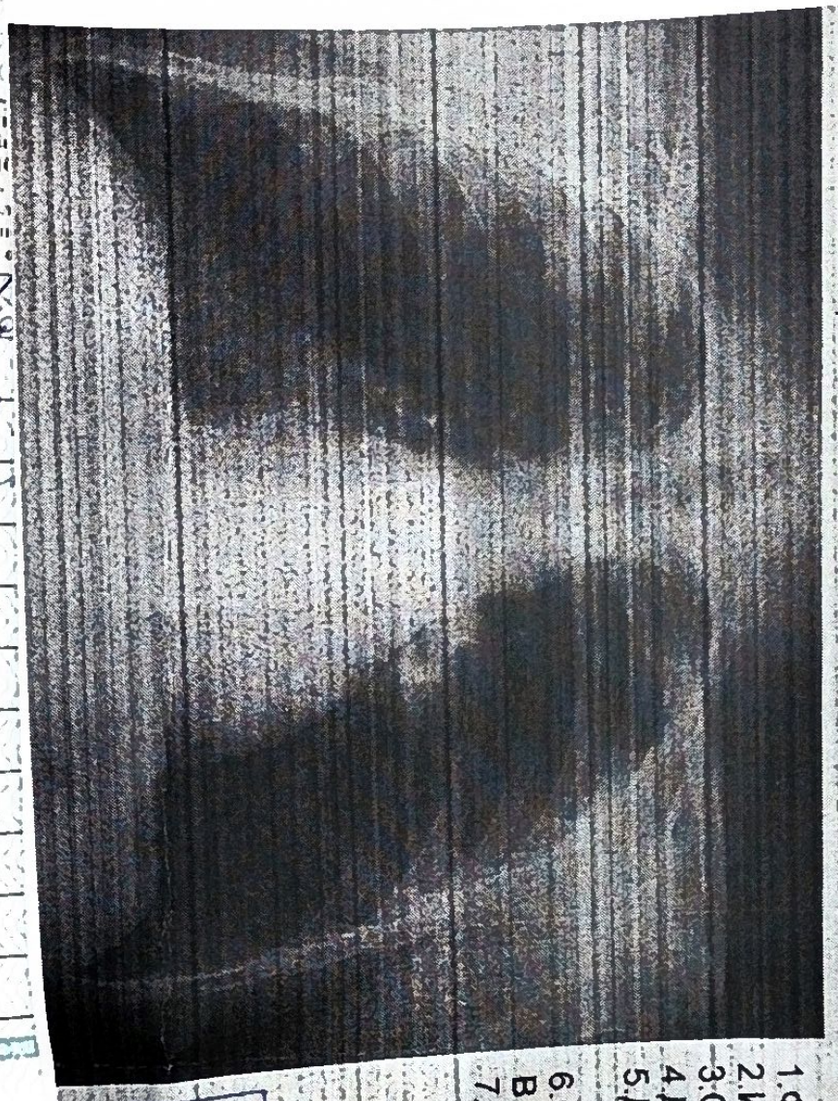
Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии),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

Клиника "Личная медицинская"

5.ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық қарау дәрігердің қолы және мөрі (Ф.И.О., подпись врача (при наличии) проводившего медицинский
	ШЖҚ МКК №7 қалалық емхана Флюрография Өтті. ПКП на ПХВ Городская поликлиника №7 Флюорография прошел(а) 20 ж.	ДӘРІГЕР ВРАЧ

6



Название аппарата: КРФ 12 ФК

1.Фамилия ЧУЛКОВСКАЯ
2.Имя ЕЛЕНА
3.Очество ИГОРЕВНА
4.Дата рождения: 27.10.1988
5.Дата и время обс:16.10.2025
6.Ф.И.О. врача: ФЕДОРИНА С В
7.Заключение: Без патологии

ШЖҚ МКК №7 қалалық емхана
Флюрография бөлімі
ПКП на ПХВ Городская поликлиника №7
Флюорография

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
	Дерматовенеролог дәрігері	

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

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)
	№ 3279	
	17.10.2025	
	15.04.2026	

ДӘРІГЕР
ДОПУСК К РАБОТЕ
КНИЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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)

КНИЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ