1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Серес

2. Аты
Имя: Жеңіжек

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

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

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 686341

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия:

2. Лауазымы
Должность: Мұғалім

3. Жұмыс орны
Место работы: Қарашілде батыр
негізгі орта мектебі

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения: 17.07.1987

5. Мекен-жайы
Место жительства: Ақмола облысы
Шортанды ауданы
Қарашілде батыр
ауылы
86 07 17 350 47 8

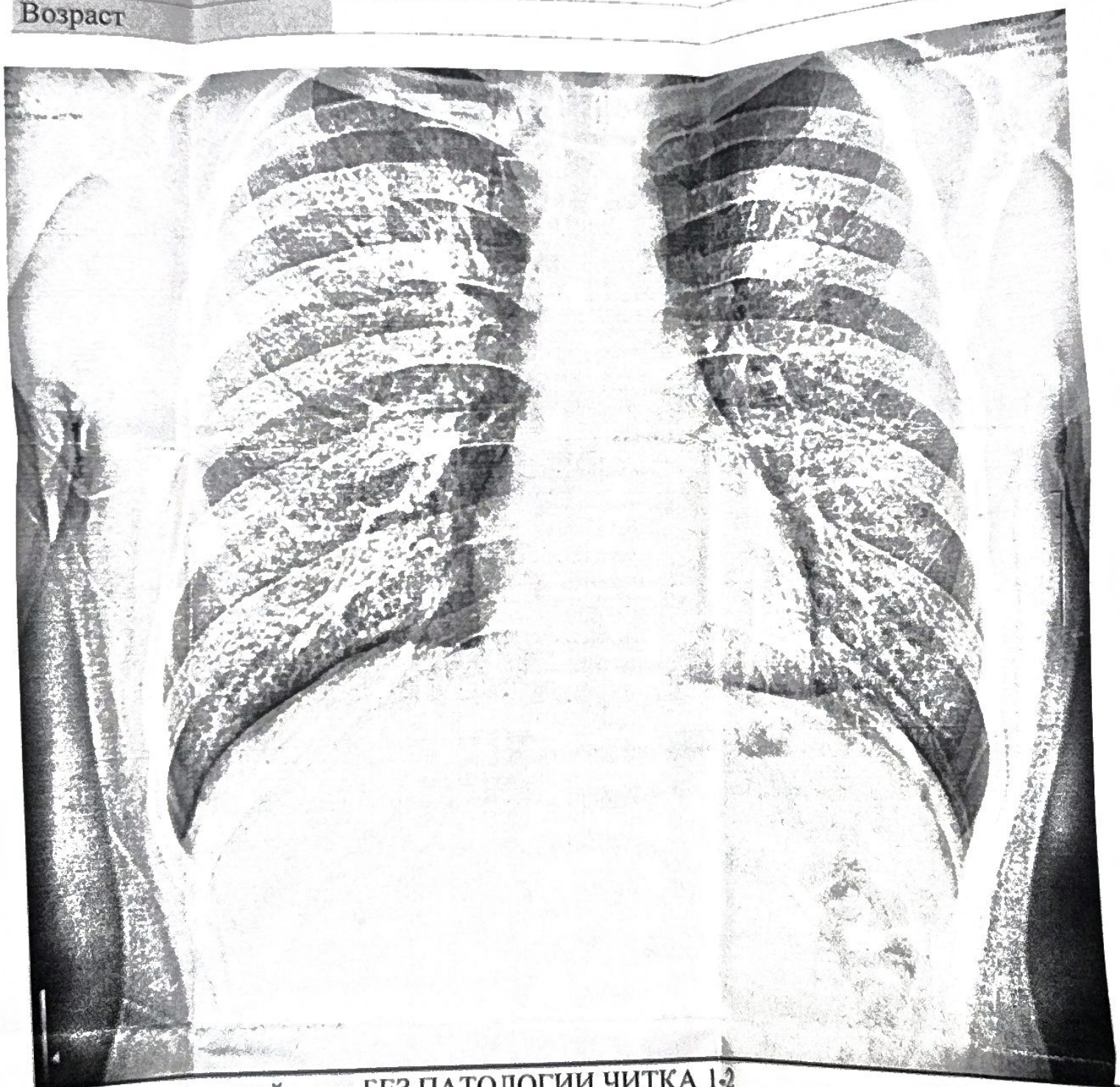
5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

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
	Флюр 31.08.222 N	
	Зоны: безопасные	
	Вр:	

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

Имя пациента	ЕДРЕС ЖӘНІБЕК ШОРМАНҰЛЫ
ID пациента	860717350479
Дата рождения	17.07.1986
Пол	M
Описание	
Дата исследования	06.08.2025
Возраст	



Коментарний	БЕЗ ПАТОЛОГИИ ЧИТКА 1-2
ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ	КОЙЛИЕВ Н Н САКИПОВ М К

ADAMCLINIC
FLIUOROGRAFIA KABINETI
КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ

ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ НУРДАУЛЕТ НУРЖАНЕКУЛЫ

ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ МАРАТ КАНАТБАЯУЛЫ САКИПОВ

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
	КӨПСАЛАЛЫ ЕМХАНА «ADAM CLINIC» МИКРОРЕАКЦИЯ-ТЕРІС «01» 08 2025 г. МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА «ADAM CLINIC» МИКРОРЕАКЦИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНА	
	ADAM CLINIC Дерматовенеролог 06 08 2025	

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

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
N 481		

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

ADAMCLINIC
01.08.2025
STAPHYLOCOCCUS AUREUS ТАБЫЛҒАН ЖОҚ
STAPHYLOCOCCUS AUREUS НЕ ОБНАРУЖЕНО
06.08.2025

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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

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

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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)
1/43		
	ADAMCLINIC Яйца гельминтов НЕ ОБНАРУЖЕНЫ	
	06.08.2021	

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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)

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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)
№960		
	ADAMCLINIC ДИЗЕНТЕРИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ЖІ ӘЗЕРІ А ЖӘНЕ Б ПАРАТИФ ЖІ ӘЗЕРІ А ЖӘНЕ Б ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИЗЕНТЕРИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА БРУЦЕЛЛЕЗ ЖІ ӘЗЕРІ ЖОҚ ОБНАРУЖЕНО	
	06.08.2018	

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫН 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)

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:

ПРОШЕЛ И АТТЕСТОВАН

«03» 09 20 23 г.

ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана»
Валиханова 12, ВП-1
тел.: 8 701 388 80 53 № 401

Гигиеническое обучение по программе:

ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН

«03» 09 20 23 год.

Гигиенист-эпидемиолог
(Ф.И.О. (при наличии), роспись)

МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫН 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)

DAMU CLINIC

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:

ПРОШЕЛ И АТТЕСТОВАН

«__» _____ 20__ г.

Гигиенист-эпидемиолог
(Ф.И.О. (при наличии), роспись)

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:

ПРОШЕЛ И АТТЕСТОВАН

«__» _____ 20__ 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)

ТОО «Медицинский центр «Жердың Астанасы»
Допуск к работе
с 03.09.24
до 31.08.25
Врач

Допуск 06.08.2025
Очередной
Медосмотр 06.08.2026
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, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

№619
09.10.2024
09.10.2024
Вр

Допуск
Очередной
Медосмотр
Врач