**АНЫҚТАМА  
СПРАВКА**

Медицинская документация

Форма № 035-2/у

утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907 \_\_\_      Берілген күні/дата выдачи 20 ж./г. «...»......

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1-1. ЖСН/ИИН \_\_.\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
2. Туған күні/дата рождения: \_\_\_\_\_\_ күні/число \_\_\_\_\_\_\_ айы/месяц\_\_\_\_\_\_ жылы/год  
3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не состоит (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Мөрдің орны Место печати | Анықтама берген дәрігердің Т.А.Ә/ Ф.И.О. врача, выдавшего справку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Қолы/ Подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |