



**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

|  |                            |                         |                                    |
|--|----------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| ФИО<br><b>ГУСАКОВА ОКСАНА ВИКТОРОВНА</b> | ИИН<br><b>830830450820</b> | Серия/номер удост.<br>- | Дата рождения<br><b>30.08.1983</b> |
|--|----------------------------|-------------------------|------------------------------------|

**СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ**

|   |  |   |
|---|--|---|
| Основная профессия<br><b>учитель</b>  | Должность<br><b>учитель</b>              | Место работы<br><b>Исаковка ЖОББ мектебі</b>  |
| Место жительства<br><b>КАЗАХСТАН АКМОЛИНСКАЯ<br/>Исаковский, Исаковка<br/>УЛИЦА Мектеп 24 1</b> | Номер телефона<br><b>+7(771)378-8960</b> | Целевая группа<br><b>Работники учебных заведений на-<br/>чального, среднего общего, про-<br/>фесси...</b> |

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ**

|  |   |
|--|---|
| Дата<br><b>15.08.2025</b>              | Ф.И.О. врача<br><b>ЕСМАГАМБЕТОВ А. Ш.</b> |
| Заключение врача: <b>Без патологий</b> |   |

**НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА**

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Дата<br>-           | Ф.И.О. врача<br>-- |
| Заключение врача: - |                    |

**НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Дата<br>-           | Ф.И.О. врача<br>-- |
| Заключение врача: - |                    |

**НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ**

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Дата<br>-           | Ф.И.О. врача<br>-- |
| Заключение врача: - |                    |

**НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ**

|      |              |
|------|--------------|
| Дата | Ф.И.О. врача |
|------|--------------|

**БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| Дата                | Ф.И.О. врача |
| Заключение врача: - |              |

**СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ**

**ВРАЧЕБНЫЕ ОСМОТРЫ**

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ**

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Дата<br>-           | Ф.И.О. врача<br>-- |
| Заключение врача: - |                    |

**ТЕРАПЕВТ**

|                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Дата<br><b>15.08.2025</b>      | Ф.И.О. врача<br><b>ШОНАЕВА Д. О.</b> |
| Заключение врача: <b>Годеп</b> |                                      |

**ДОСТУП К РАБОТЕ**

|  |  |   |                          |
|--|--|---|--------------------------|
| Допуск к работе от:<br><b>27.08.2025</b> | Допуск к работе до:<br><b>14.08.2026</b> | Ф.И.О. врача<br><b>ӘБДИМАНАТ НҰРСҰЛТАН<br/>ЖАСҰЛАНҰЛЫ</b> | Статус<br><b>Допущен</b> |
|--|--|---|--------------------------|