



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Умиеванов
2. Аты
Имя Мари
3. Өкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Канкасов
4. №
серия/серия номер/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА

№

784553

ш.ч.: 960424357048

2

• ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА •

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия ученик
2. Лауазымы
Должность ученик
3. Жұмыс орны
Место работы ср. школа
4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 24.04.1996.
5. Мекен-жайы
Место жительства с. Перевозная

3

• ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА •

3. ИНФЕКЦИЯЛЫК АУРУЛАРМЕН БУРЫН
АУЫРГАНДЫГЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Е. Бурын ауырған инфекциялык аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК
КІТАПША



ЛІЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
КНИЖКА

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

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-карау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., ишідіңіз, печать организации (при наличии), проводившего медицинский осмотр
03.09.21	перен	Дер
22.08.22	перен	Мр
25.07.23	перен	Д
МЦ ТОО ТКФ «Амина»		
ТЕРАПЕВТ: <i>перен</i>		
Врач: <i>23.08.24</i>		
18.09.2025. перен Д		

[illegible]

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., подписи, и печать врача (при наличии), проводящего медицинский осмотр
----------------------	--	--

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕ-
ДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заклучение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
02.09.15	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	Дермат у
19.09.15	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	Дермат у
15.09.15	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	Дермат у
ТОО Мед. Центр «Амина» ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ		
Врач: 23.08.14		
ТОО Мед. центр «Амина» АНАЛИЗ № 23.08.14		

8

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША - ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕ-
ДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заклучение 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
23.08.15	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	Дермат у
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА		

9

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША - ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РҮҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы, күні, айы Допуск к работе « » жылы, күні, айы Дата, месяц, год	Денсаулық сақтау subjektілерінің жауапты маманының (А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии)
08.09.20	Ж-дан	А.Ә. [Signature]
08.09.20	Ж-та деңім	А.Ә. [Signature]
15.09.20	Ж-дан	А.Ә. [Signature]
25/VII 23	Ж-дан	А.Ә. [Signature]
25/VII 24	Ж-дан	А.Ә. [Signature]

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РҮҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы, күні, айы Допуск к работе « » жылы, күні, айы Дата, месяц, год	Денсаулық сақтау subjektілерінің жауапты маманының (А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать (при наличии)
11.06.20	Ж-дан	А.Ә. [Signature]
15.09.20	Ж-дан	А.Ә. [Signature]
20.09.20	Ж-дан	А.Ә. [Signature]
20.09.20	Ж-та деңім	А.Ә. [Signature]