



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



М.О.
М.П.

1. Teri
Фамилия Сарыбаев
2. Аты
Имя Салат
3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Рорай Баевич
4. 85 0214310 № 987
серия/серия нөмірі/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца [Signature]
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
AA № 434016

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 учитель
2. Лауазымы
Должность доцент
3. Жұмыс орны
Место работы Кереметтес с/м
4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 14.02.1985
5. Мекен-жайы
Место жительства Кереметтес

3

• Жеке медициналық кітапша • личная медицинская книжка •

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ
КІТАПША

КНИЖКА
ЛЕЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., подписи и печать организации (при наличии) проводившей медицинский осмотр
14.08.2021 № 6.09.22 11.08.23		
МЦ ТОО ТКФ «Амина» ТЕРАПЕВТ Врач «__» 2008		
10.07.2023		

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заклучение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
02.06.21	02.06.21	02.06.21
07.07.21	07.07.21	07.07.21
09.08.22	09.08.22	09.08.22
10.08.23	10.08.23	10.08.23
12.08.24	12.08.24	12.08.24
14.09.24	14.09.24	14.09.24
16.10.24	16.10.24	16.10.24
18.11.24	18.11.24	18.11.24
20.12.24	20.12.24	20.12.24
22.01.25	22.01.25	22.01.25
24.02.25	24.02.25	24.02.25
26.03.25	26.03.25	26.03.25
28.04.25	28.04.25	28.04.25
30.05.25	30.05.25	30.05.25
31.05.25	31.05.25	31.05.25

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заклучение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
02.06.21	02.06.21	02.06.21
07.07.21	07.07.21	07.07.21
09.08.22	09.08.22	09.08.22
10.08.23	10.08.23	10.08.23
12.08.24	12.08.24	12.08.24
14.09.24	14.09.24	14.09.24
16.10.24	16.10.24	16.10.24
18.11.24	18.11.24	18.11.24
20.12.24	20.12.24	20.12.24
22.01.25	22.01.25	22.01.25
24.02.25	24.02.25	24.02.25
26.03.25	26.03.25	26.03.25
28.04.25	28.04.25	28.04.25
30.05.25	30.05.25	30.05.25
31.05.25	31.05.25	31.05.25

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

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- карау дәрігерінің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	27.08.2014
	27.08.2014	Дереев
	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	22.08.2014
	22.08.2014	Дереев
	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	15.08.2014
	15.08.2014	Дереев

8

• жеке медициналық кітапша • личная медицинская книжка •

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

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- карау дәрігерінің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	ТОО Мед. центр «Амина» ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ	10.08.2014
	Врач	10.08.2014
	ТОО Мед. центр «Амина» АНАЛИЗ	10.08.2014
	КРОВЬ НА МИКРОРЕАКЦИЮ ОТРИЦАТЕЛЬНО	10.08.2014
	кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО	10.08.2014
	10.08.2014	Дереев

9

• жеке медициналық кітапша • личная медицинская книжка •

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)
Гигиеническое обучение по программе:		
прошел и аттестован		
«	23.08.24	20
Гигиенист-эпидемиолог		
(Ф.И.О. 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)

Күні Дата	Жұмыс істеуге руқсат	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., колы, мөр (бар болса)
20__ ж. ____ айы ____ күні	Дәуіс к. Работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
20__ ж. ____ айы ____ күні	ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РУҚСАТ	20__ ж. ____ айы ____ күні
20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні
20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні
20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні
20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні
20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні
20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні	20__ ж. ____ айы ____ күні

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