



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Тегі
Фамилия Мурталин
2. Аты
Имя Гүлнұр
3. Өкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Әбілбекұлы
4. AA № 056277362
сериясы/серия нөмірі/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца [Signature]
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
AA № 5322926

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия _____
2. Лауазымы
Должность Жұрбасшы
3. Жұмыс орны
Место работы el-say n 17
"Жұлдыз"
4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 26.05.2000
5. Мекен-жайы
Место жительства 8775 5903423
Жұр. Семей қаласы
Зем. 191 кв. 199

ЖЕЛЕ МЕДИЦИНСКАЯ
КНИЖКА
МЕДИЦИНСКАЯ

[illegible]

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НЭТИЖЭСІ РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі Медициналық тексеріп-қарау нәтижесі Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра Флюоро-рентген обследование ӨТІНІС № 05.26	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О. Мұқимов К.М. (при наличии) (профессионального медицинского осмотра)
	НЕУДЕ ҚУЫСЫ АҚЗАЛҒАН КАЛЫПТЫ ОРҒАНЫ ГРУДНОЙ ПОДОСТИ В НОРМЕ	ВРАЧ ДӘРІГЕР ВРАЧ ТИХОНОВА ИРИНА САПАРБЕКОВНА

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НЭТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

[illegible]

[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 жүргізілгендігі Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подписи и печать врача (при наличии) проводившего медицинский осмотр
Зерттеме № 19 Преципитация микрореакциясы теріс нәтиже (отр.) Дәрігер <i>Муншиев</i> 20 16 ж. 05		
КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ		

[illegible]

7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫК ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Инфекциялык аурурга карсы вакцинация Вакцинация против инфекционного заболевания	Препаратты енгізу күні Дата введения препарата
АДР-м 16 лет	
23/IV 16. 0.5 с 4-37	вс
краснуха	
3/X 2009. 0.5 с 47-х	вс

7. ПРОФИЛАКТИКАЛЫК ЕКПЕЛЕР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ

Инфекциялык аурурга карсы вакцинация Вакцинация против инфекционного заболевания	Препаратты енгізу күні Дата введения препарата

**8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКТЫ
ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО
ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОКА**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заклучение 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)
	ШЖК «ОБЛЫСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНАСЫ» ШЖК БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНАСЫ МҰРЫН ШЫРЫШ ҚАБАТЫНАН ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКК ТАБЫЛҒАН ЖОҚ	
11.05.2026	Коры	

**8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОКТЫ
ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО
ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОКА**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заклучение 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)

**9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ**

[illegible]

**9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ**

[illegible]

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)
	ШЖҚ «ОБЛЫСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ИМФЕ... АУРУХАНАСЫ» ІШКІ БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНАСЫ № <u>3505</u> РПГА № <u>3505</u> НӘЖІСТЕН ДИЗЕНТЕРИЯ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗ, БРЮШНОЙ ТИФ-ПАРАТИФ А ЖӘНЕ Б. АНЫҚТАЛҒАН ЖОҚ 14.03.2020	

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)

**ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ
АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ
И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ**

[illegible]

**ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ
АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И
ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ**

[illegible]

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы күні өңім Допуск к работе « » жылы айы күні	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
Жаннат Ильясовна	Дәрігер Врач	Медицинский центр Жұмыс жасауға рұқсат берілді

[illegible]