

сурет
орны

Место
фотографии

1. Тегі
Фамилия

2. Аты
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)

4.
сериясы/серия

№

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

5178872

ДЕРЕКТЕРІ
ПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

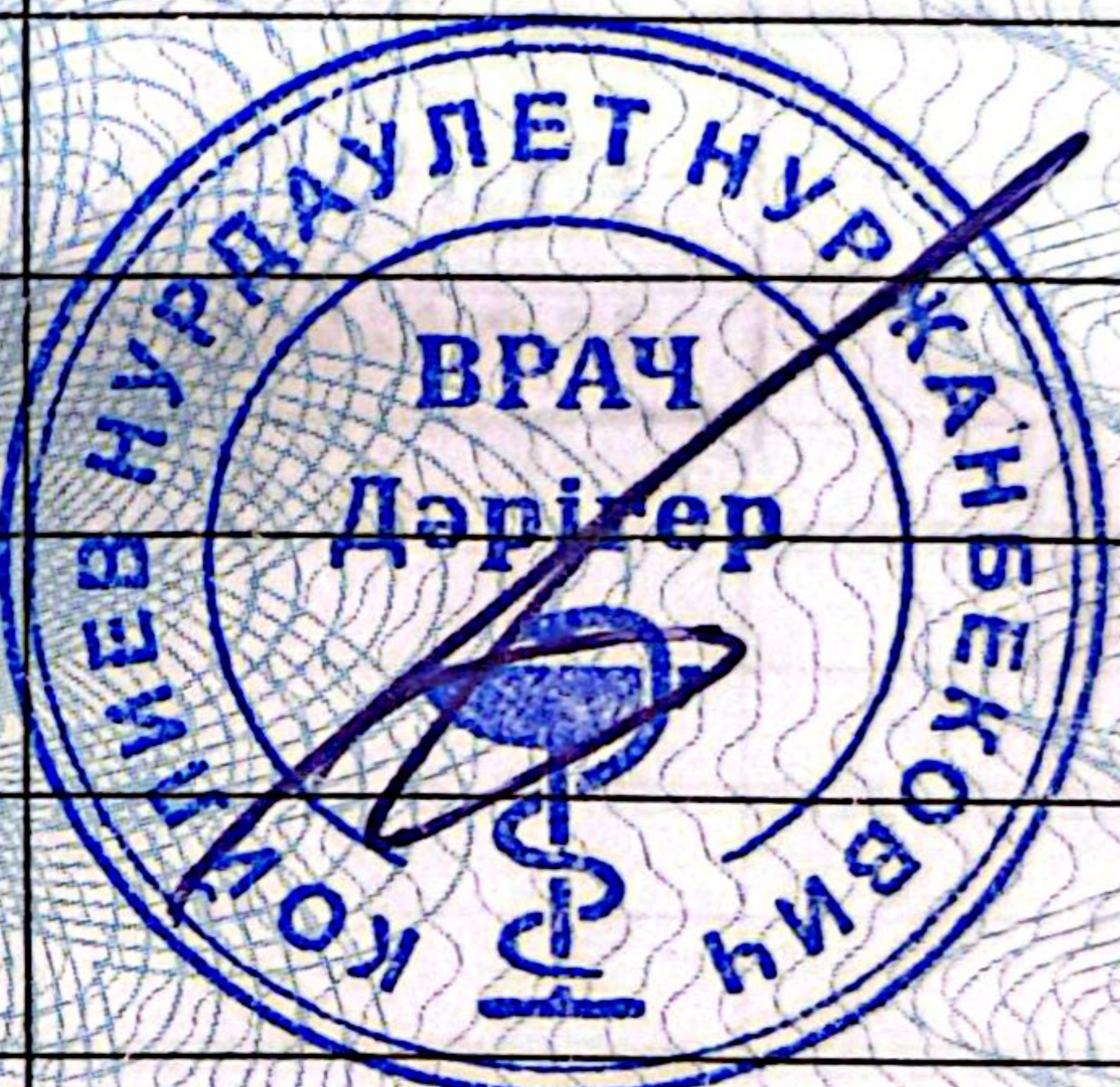
2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения

5. Мекен-жайы
Место жительства

**4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ
НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ**

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившей медицинский осмотр
	<i>Горина</i> ADAMCLINIC Терапевт <i>04.11.2025</i>	
	<i>Горина</i> ADAMCLINIC Терапевт <i>30.04.2026</i>	

Имя пациента **ӘЛІБЕКОВА ӘЙІРІМ НҰРЛАНҚЫЗЫ**

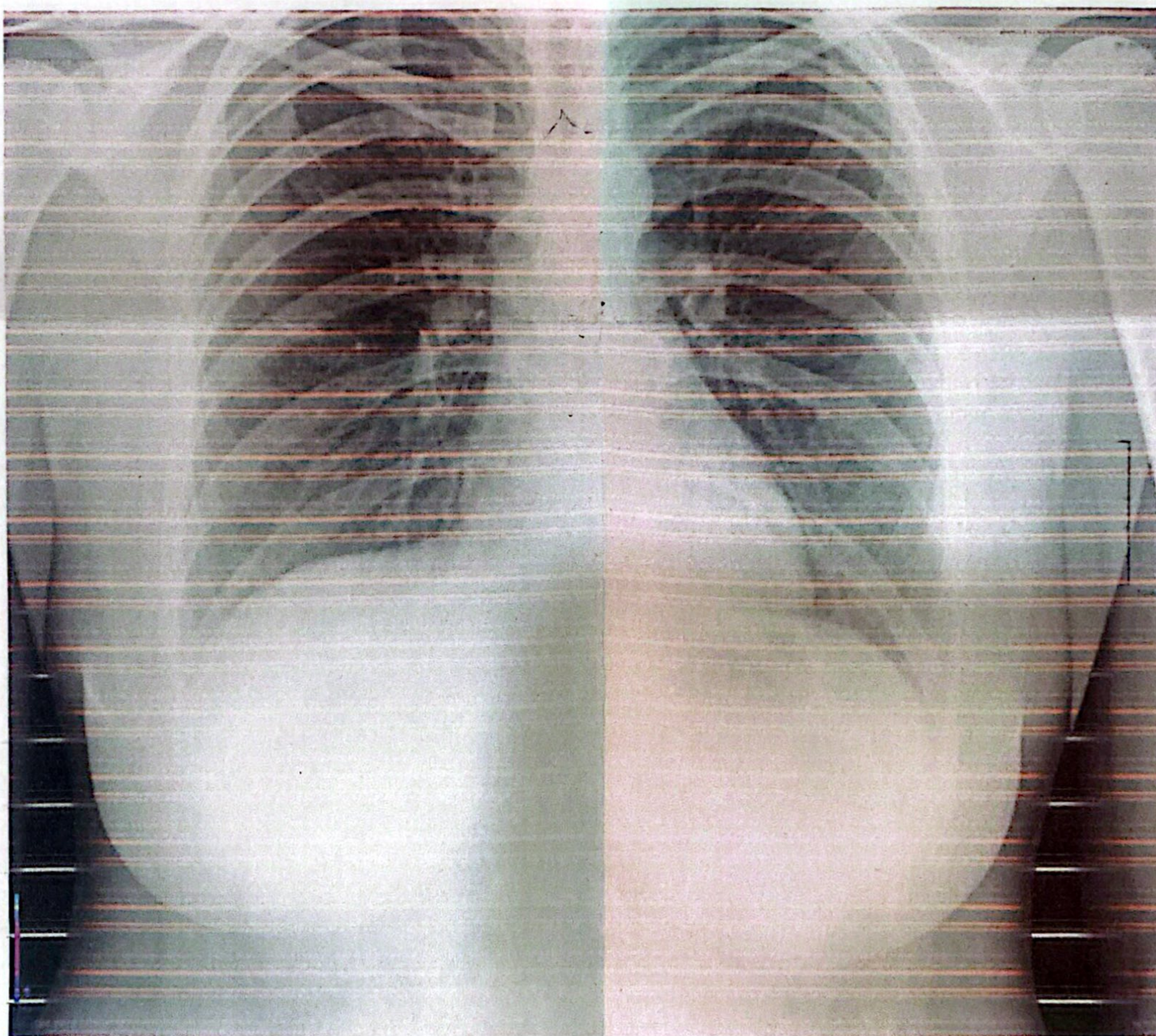
ID пациента **950717400587**

Дата рождения **17.07.1995г.р.**
Пол **Ж**

Описание **Без патологии**

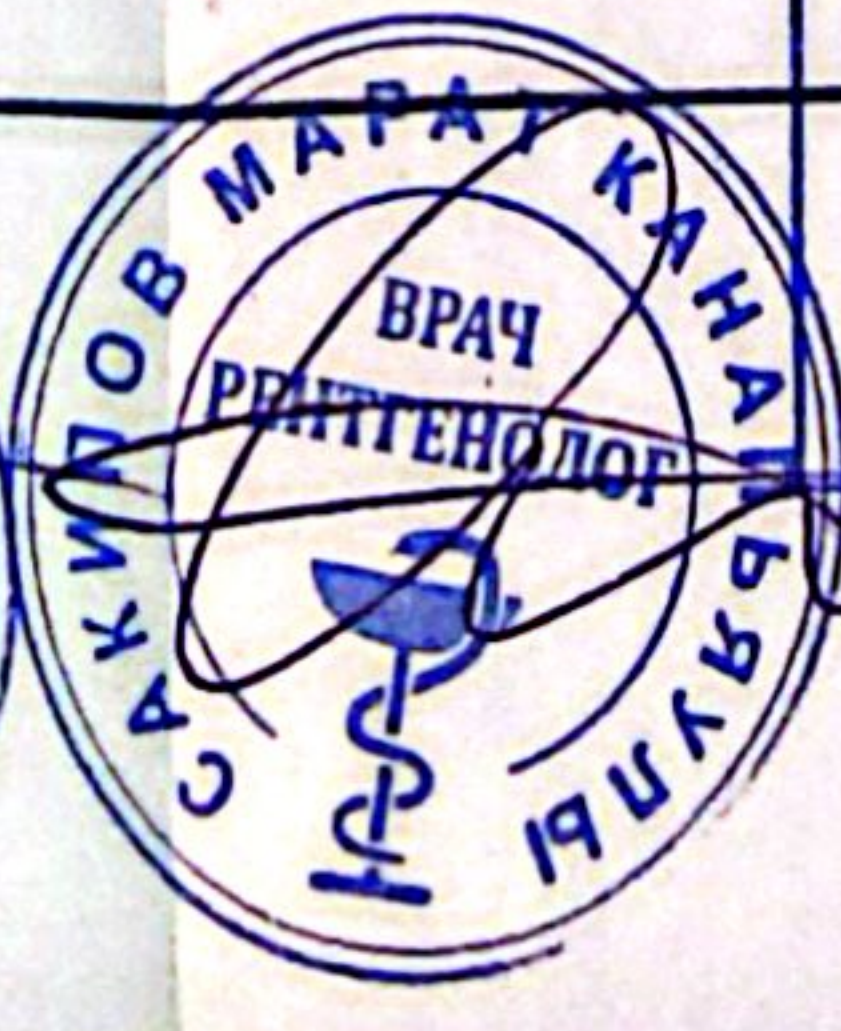
Дата исследования **03-11-2025**

Возраст



Коментарний
ВРАЧ
РЕНТГЕНОЛОГ

БЕЗ ПАТОЛОГИИ ЧИТКА 1-2
КОЙЛИЕВ Н Н
САКИПОВ М К



ADAMCLINIC
FLUOROGRAFIA KABINETI
КАБИНЕТ ФЛЮРОГРАФИИ

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НЭТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалык зерттеулер және медициналык тексерип-карау нәтижеси бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналык тексерип- карау жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	FLUOROGRAPHIA KABINETI КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ 03.11.2025	МАРАТ КАНАПЬЯЛЫ ВРАЧ РЕНТГЕНОЛОГ

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

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., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	03.11.2025	С.А.ЖИПОВ МАҚАТ ЖА ВРАЧ РЕВМАТОЛОГ

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

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., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр

КӨПСАПАЛЫ БМХАНА «ADAM CLINIC»
МИКРОРЕАКЦИЯ - ТЕРІС
«28» 04 2026г.
МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА «ADAM CLINIC»
МИКРОРЕАКЦИЯ - ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ

ADAM CLINIC
30.04.2026
Дерматовенеролог

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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

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)
04.11.2025	 STAPHYLOCOCCUS AUREUS ТАБЫЛҒАН ЖОҚ STAPHYLOCOCCUS AUREUS НЕ ОБНАРУЖЕНО	
28.04.2026	 30.04.2026 STAPHYLOCOCCUS AUREUS ТАБЫЛҒАН ЖОҚ STAPHYLOCOCCUS AUREUS НЕ ОБНАРУЖЕНО	

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)
	ADAMCLINIC ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ: <i>проверено</i> ПРОШЕН И АТТЕСТОВАН 30.04.2026 ГИГИЕНИСТ-ЭПИДЕМИОЛОГ (Ф.И.О.подпись)	
	ADAMCLINIC 30.04.2026 ДИЗЕНТЕРИЯ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗ, ІШ СҮЗЕГІ, А ЖӘНЕ Б ПАРАТИФ ҚОЗДЫРҒЫШТАРЫ ТАБЫЛҒАН ЖОҚ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДИЗЕНТЕРИИ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, СРЮШНОГО ТИФА, ПАРАТИФОВ А И Б НЕ ОБНАРУЖЕНО	
	ADAMCLINIC 30.04.2026 ДИЗЕНТЕРИЯ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗ, ІШ СҮЗЕГІ, А ЖӘНЕ Б ПАРАТИФ ҚОЗДЫРҒЫШТАРЫ ТАБЫЛҒАН ЖОҚ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДИЗЕНТЕРИИ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, СРЮШНОГО ТИФА, ПАРАТИФОВ А И Б НЕ ОБНАРУЖЕНО	

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

АДАМБЛИН

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:

проверено

ПРОШЕН И ТЕСТОВАН

30 04 20 262

ГИГИЕНИСТ-ЭПИДЕМИОЛОГ _____

(Ф.И.О. ПОДПИСЬ)

ЖҮМІС ІСТЕУГЕ РҮҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

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

Допуск
Очередной
Медосмотр
Врач

04.11.2025
04.05.2026

ВРАЧ
Дәрігер



Допуск
Очередной
Медосмотр
Врач

30.04.2026
30.10.2026

ВРАЧ
Дәрігер