

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТТЫҢ ДАНЫ



1. Тері
Фамилия Турсалықов Турлыман

2. Аты
Имя

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

4. 042349316
сериясы/серия № нөмірі/номер

5. Қітапша иесінің жеке қолы Турсалық
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

Медицинский центр
сериясы № 521777
АЖ

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Мектепте бойынша
дәрігерлік және ауру

2. Даразымы
Должность Тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы № 43 1/2 Түрмедүние ИМДҚ

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 10. 02. 1999 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства Астана қаласы

ПОЛИЖЕСИ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУВЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалык зерттеулер және медициналық тексеріш-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріш-қарау жүргізген дәрігердің Ф.И.О., қолы және мөрлі врача (при наличии), проведеного медицинского осмотра
	Рентгено-флюорографическое обследование № 75840 08.01.2025 Dr. Yuseynov	Медициналық тексеріш-қарау жүргізген дәрігердің Ф.И.О., қолы және мөрлі врача (при наличии), проведеного медицинского осмотра

5. ТУВЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУВЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалык зерттеулер және медициналық тексеріш-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріш-қарау жүргізген дәрігердің Ф.И.О., қолы және мөрлі врача (при наличии), проведеного медицинского осмотра

сғу,
пдд
інн
020
ен.
ня
ола
020
пн,
фх
жж.

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

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізіген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
<p>ШЖК «ОБЛЫСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ИНФЕКЦИОЗДЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНАСЫ МҰРЫН ШЫРЫШ ҚАБАТЫМАН ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОК ТАБЫЛГАНЖОК</p> <p>18.11.2025 КОЛЫ</p> 		

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

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізіген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымының мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
		

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫК 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, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
<p>ШЖҚ «ОБЬЯСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ИНФЕКЦИОЛЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКҚ БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТХАНАСЫ № <u>1106</u> РЛТА № _____ НЕЖІСТЕН ДИЗЕНТЕРИЯ, САЛЫМОНЕЛЛЕА, БРЮШНОЙ ТИФ-ПАРАТИФ А ЖӘНЕ Б АНЫҚТАЛДАН ЖОҚ <u>10X КМД 5 - КОЛЫ</u></p> <p style="text-align: center;"></p>		

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, проведившего обследование и печать организации (при наличии)
<p style="text-align: center;"></p>		

Жу
ль
20
ен.
20
да
20
М,
лх
0.

