1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

ТОО «АрСам» МЕДОСМОТР

1. Тегі
Фамилия Калкенова

2. Аты
Имя Дарига

3. Әкесінің аты
Отчество Айбатыровна

4. сериясы/серия № нөмірі/номер 032038390

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке мед-қ кітапшаның сериясы №
Серия личной медицинской книжки

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Сан. фельдшер

2. Лауазымы
Должность диетсестра

3. Жұмыс орны
Место работы ГУ „МКТБ „Орал"

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 09.08.1966

5. Мекен-жайы
Место жительства г. Уральск.
ул: Тимофеева - 3

3. ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРМЕН БҰРЫН АУЫРҒАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР

ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулары _____
   Ранее перенесенные инфекционные заболевания

4. МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ

РЕЗУЛЬТАТ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ТЕРАПЕВТ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі ФИО., подпись и печать организации, проводившего медицинский осмотр

ТЕКСЕРІЛДІ «Қ.Ізім» ЖШС 06074 " " 20 ж.

мед. тексерулен өтті 15.09.26 "№ 4 қалалық емхана"

мед. тексерулен өтті 30.02.27 "№4 қалалық емхана"

МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІС ШЖҚ "№2 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКҚ

ДӘРІГЕР

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 ФИО., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр
	ТЕКСЕРІЛДІ «АрСам» ЖШС «18» 08 2025 ж.	
	МЖК тұрғын үй-жай мкк алдын алу медициналық тексеруден өтті	
	20.08.2025 өтті	Рахманов А.
	1-қалалық емхана мкк алдын алу медициналық тексеруден өтті	

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 ФИО., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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 ФИО., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр

ТЕКСЕРІЛДІ «Арсам» ЖШС «06» 04 2016 ж.

МИКРОСЕРПІЛІСІ ТЕРІС ОПРЕДЕЛЕН

қолы

Зерт. тексеруден өтті

№4 қалалық емхана

30 03 17

тексеруден өтті

№4 қалалық емхана

Врач

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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 ФИО., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр

МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІСТІ ШЖҚ "№2 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК

ДӘРІГЕР ВРАЧ

8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОККТЫ ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі ФИО., подпись врача, проводившего обследование и печать организации

ЖММ БКО "Дезинфекция"
Ауру туындататын
стафилококк белгіленбеген
№ 152 күні 7.04.16 қолы

Патогенді стафилококк белгіленбеген жоқ
16.09.16

Патогенді стафилококк белгіленбеген жоқ

8. ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОККТЫ ТАСЫМАЛДАУҒА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА НОСИТЕЛЬСТВО ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі ФИО., подпись врача, проводившего обследование и печать организации

ЖММ БКО "Дезинфекция"
Ауру туындататын
стафилококк белгіленбеген жоқ
№ 6 қолы 16.11.17

9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі ФИО, подпись врача, проводившего обследование и печать организации
	ТЕКСЕРІЛДІ «Сам» ЖШС 06.04.2016	
	ҚҰРТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНЫҢ ЖОҚ	
	мед. тексеруден өтті "№ 4 қалалық емхана" 30.03.2017	
	мед. тексеруден өтті "№4 қалалық емхана"	
	ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІС ШЖҚ "№2 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК	ДӘРІГЕР ВРАЧ

9. ГЕЛЬМИНТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫНА ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі ФИО., подпись врача, проводившего обследование и печать организации

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі ФИО, подпись врача, проводившего обследование и печать организации
		ЖММ БКО "Дезинфекция" Бак. зерттеуде ішек жұқпаларының қоздырғыштары шықпады № 777 күні 11.04.16
		Ішек жұқпасы қоздырғышың тасымалдаушылар бөлінген жоқ 15.09.16
		188 от 10.03.17

10. БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі ФИО, подпись врача, проводившего обследование и печать организации
		ЖММ БКО "Дезинфекция" Бак. зерттеуде ішек жұқпаларының қоздырғыштары шықпады № 778 күні 04.11.14

11. ВИРУСТЫҚ ГЕПАТИТТЕР, АИТВ МАРКЕРЛЕРІНЕ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА МАРКЕРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі ФИО, подпись врача, проводившего обследование и печать организации

Наименование организации, проводившей данную (местонахождение, телефон) ЗТ №14

Гигиеническое обучение по программе: ЗЧВ

прошел и аттестован

«30» 03 20 17

Гигиенист-эпидемиолог Ашкеров Б.Б.

(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 ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать

ТОО "АрСам"
г.Уральск, тел: 8(7112) 53-72-52

Гигиеническое обучение по программе гриппу №3

прошел и аттестован

«06» 04 20 16 г.

Гигиенист-эпидемиолог

(Ф.И.О., роспись)

Филиал РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КЗПП МНЭ РК «Центр дезинфекции по городу Уральск»
г. Уральск ул. Курмангазы, 81

Гигиеническое обучение по программе: аттестационная

Прошел и аттестован

«04» 09 20 16

Гигиенист эпидемиолог

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
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 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать

"АрСам" ЖШС
ТОО "АрСам"
ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ
ДОПУЩЕН К РАБОТЕ
14.04.2016 г.

ЖШС «№4 қалалық емхана» МКК
ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ
16. 03 2016 ж.
Қолы

ЖШС «№4 қалалық емхана» МКК
ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ
30.03
Қолы
Сатыбаева А.М.
30.09.2017

ЖШС «№4 қалалық емхана» МКК
ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ

ДӘРІГЕР
ВРАЧ

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
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 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать