



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі
Фамилия

Муредбаева

2. Аты
Имя

Разила

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

Ренжановна

4.

сериясы/серия

№

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

3088634

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

Мәрдәсімі

2. Лауазымы
Должность

Мәрдәсімі

3. Жұмыс орны
Место работы

*"Астана - 2011"
Далабайшаның*

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения

11. 08. 1985ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства

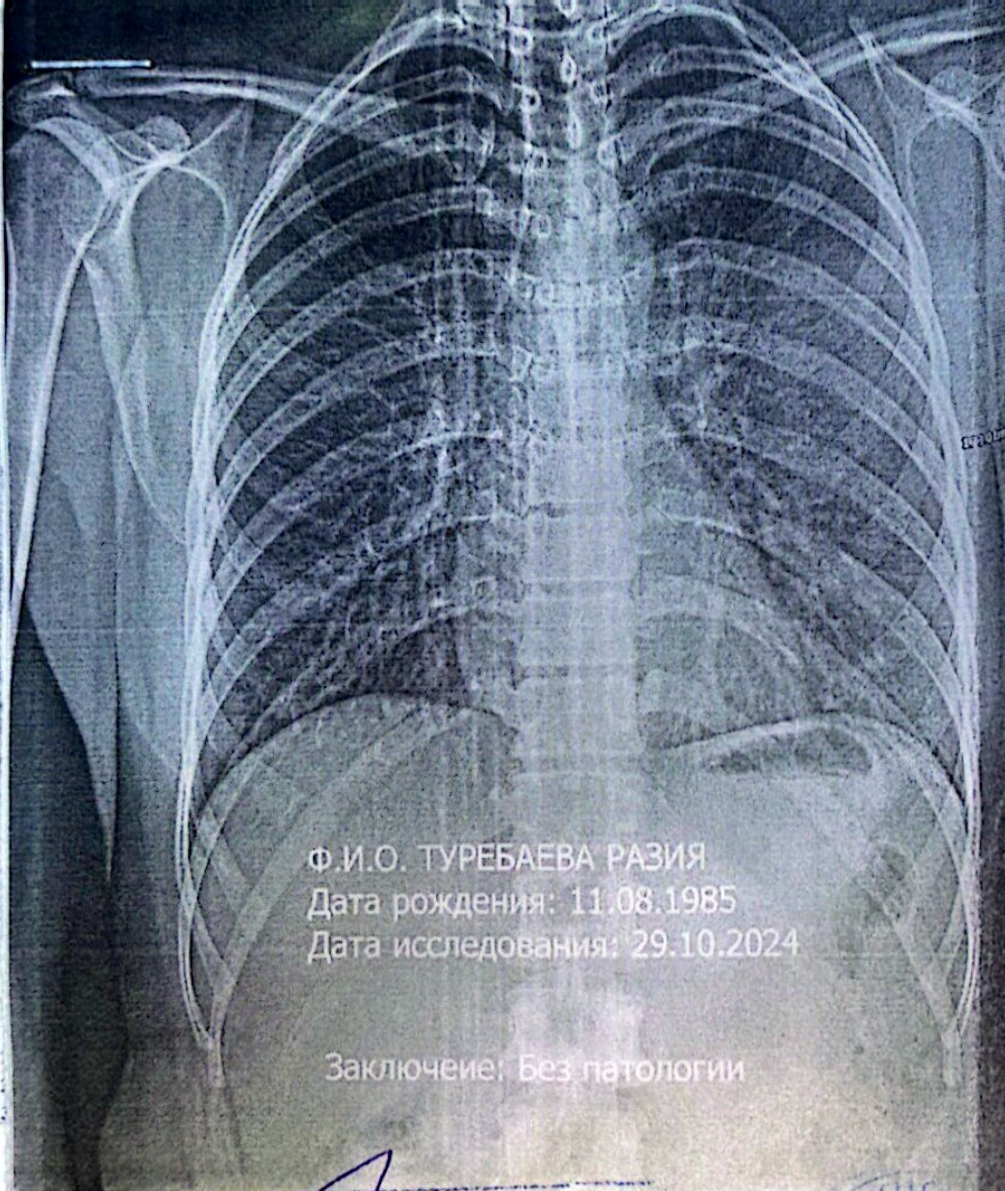
Қуаныш көжесі

Астана 18 кв/б/1

ШН: 850811499/40

Мед: 8948308-39-68

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ



Ф.И.О. ТУРЕБАЕВА РАЗИЯ
Дата рождения: 11.08.1985
Дата исследования: 29.10.2024

Заключение: Без патологии

Қазақстандық социальдік медициналық компания "Жаңа Қазақстан" медициналық сервистігі
Флюорография орті
Төвраиыштық сәйкесінше жауапкершілікпен
Қазақстандық социальдік медициналық компания "Жаңа Қазақстан"
Флюорография профдеса
29 10 24



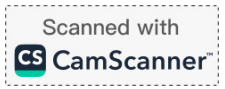
Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), прошедшего специальное обучение
	АСТАНА ҚАЛАСЫ №2 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА ЦХАТД	
	ФЛЮОРОГРАФИЯ КАБИНЕТИ	
	ГКП НА СХВ	
	"ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №2"	
	г. АСТАНА	
	КАБИНЕТ ФЛЮОРОГРАФИИ	
	Қазақстандық социальдік медициналық компания "Жаңа Қазақстан" медициналық сервистігі	
	Төвраиыштық сәйкесінше жауапкершілікпен	
	Қазақстандық социальдік медициналық компания "Жаңа Қазақстан"	
	Флюорография профдеса	
	29 10 24	

**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)
<p>Қазақстан Республикасы Ұлттық медицина министрлігі Тұтынушылардың құқықтарын қорғау комитетінің «Ұлттық сараптама орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық жекеменшік қоспа орталығының Астана қаласы бойынша филиалы Бактериологиялық зертханасы</p> <p align="center">ПАТОГЕНДІ СТАФИЛОКОККЕ ТАБЫЛҒАН ЖОҚ</p> <p>Күні « 17 » 09 2024 ж.</p> <p>Жауапты тұлғаның қолы</p>		

**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)



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)
<p>Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Тұтынушылардың құқықтарын қорғау агенттігінің «Ұлттық сараптама орталығы» заңды тұлғасының Астана қаласы бойынша филиалының бактериологиялық орталығы</p> <p>ДИЕТЕРИЯ. САЛЬМОНЕЛЛАЗОСТЕЛЛА ЖӘНЕ В ПАРАТИФ КОЛЫНЫҢ ТАБЫЛҒАН БОЛ</p> <p>Күні «11» 09 2024 ж. Жауапты тұрғаның қолы</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, проводившего обследование и печать организации (при наличии)

12. КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТТЕРДІ 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	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды откізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию печать (при наличии)
<p>Қазақстан Республикасының Ұлттық Академиялық министрлігі Тұтынушылармен қарым-қатынас ортасы</p> <p>ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТТЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ</p> <p>Күні « 18 » 09 2024 ж. Жауапты тұлғаның қолы</p> <p>КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ</p>		

12. КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТТЕРДІ 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	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды откізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию. печать (при наличии)

