

Место
для фотографии

(печать военного комиссариата
муниципального образования
(муниципальных образований)

KAPTA

медицинского освидетельствования гражданина.

поступающего в военный учебный центр

при федеральной государственной образовательной

организации высшего образования

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения _____

2. Место жительства

3. Перенесенные заболевания, травмы, данные диспансерного наблюдения:

7. Заключение военно-врачебной комиссии:

(указать)

наименование военно-врачебной комиссии,

заклучение военно-врачебной комиссии)

« » 20 г.

Протокол № _____
(указать номер)

(указать номер)

Председатель военно-врачебной комиссии

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

4. Наличие аллергических состояний, препятствующих проведению профилактических прививок и лечению антибиотиками:

5. Результаты обязательных диагностических исследований, выполненных до начала медицинского освидетельствования:

Наименование диагностических исследований	Дата, номер (при наличии), результат исследования
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях	
Общий (клинический) анализ крови	
Общий анализ мочи	
Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека	
Исследование крови на маркеры гепатита В и С	
Электрокардиография в покое	

6. Результаты медицинского освидетельствования:

Врачи-специалисты	Результаты медицинского освидетельствования
1	2
Врач-терапевт	
Врач-хирург	
Врач-невролог	
Врач-психиатр	
Врач-офтальмолог	
Врач-оториноларин-голог	