

Место
для фотокарточки
(печать отдела военного
комиссариата)

Приложение N 6
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от 14 октября 2015 г. N 615

Форма

КАРТА
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАНИНА,
ПОСТУПАЮЩЕГО В ВОЕННУЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ (ВОЕННУЮ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ)

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения _____

(для военнослужащего указать воинское звание)

2. Место жительства _____

(для военнослужащего, кроме того,

указать адрес и условное наименование воинской части)

3. Перенесенные заболевания, травмы, данные диспансерного учета:

4. Аллергологический анамнез: _____

5. Род войск, военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой
должностью по предназначению):

6. Результаты медицинского обследования и медицинского освидетельствования:

Жалобы, анамнез, наименования диагностических исследований, органов, систем, функций и физиологических показателей организма, диагноз, заключение врача-специалиста	При медицинском освидетельствовании	
	предварительном	окончательном
Жалобы и анамнез		
Флюорография (рентгенография) 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						
Серологические реакции на сифилис						
Исследование на наркотические средства						
Электрокардиография в покое и с физическими упражнениями						
Дополнительные обязательные диагностические исследования, проводимые до начала медицинского освидетельствования						
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)						
Динамометрия ручная (правая/левая кисть)						
Динамометрия станковая						
Врач-терапевт						
Эндокринная система						
Сердечно-сосудистая система						
Функциональная проба	в покое	после нагрузки	через 2 мин	в покое	после нагрузки	через 2 мин
Пульс в минуту						
Артериальное давление						
Органы дыхания						
Органы пищеварения						
Почки						
Селезенка						
Диагноз						
Заключение						
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача						
Врач-хирург						
Лимфатические узлы						
Костно-мышечная система						
Периферические сосуды						
Мочеполовая система						
Анус и прямая кишка						
Диагноз						
Заключение						
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача						
Врач-невролог						
Черепно-мозговые нервы						
Двигательная сфера						
Рефлексы						
Чувствительность						

Рефлексы				
Чувствительность				
Вегетативная нервная система				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				
Врач-офтальмолог				
	правый глаз	левый глаз	правый глаз	левый глаз
Цветовосприятие				
Острота зрения без коррекции				
Острота зрения с коррекцией				
Рефракция				
Бинокулярное зрение				
Ближайшая точка ясного зрения				
Слезные пути				
Веки и конъюнктивы				
Положение и подвижность глазных яблок				
Зрачки и их реакция				
Оптические среды				
Глазное дно				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				
Врач-психиатр				
Восприятие				
Интеллектуально-мнестическая сфера				
Эмоционально-волевая сфера				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				
Врач-оториноларинголог				
Речь				
Носовое дыхание	справа	слева	справа	слева
Восприятие шепотной речи				
Барофункция уха				
Функции вестибулярного аппарата				
Обоняние				
Диагноз				
Заключение				
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача				
Врач-стоматолог				
Прикус				
Слизистая полости рта				
Зубы				

Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		
Врач-дерматовенеролог		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		
Врачи других специальностей		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		

7. Заключение:

а) при предварительном медицинском освидетельствовании

"__" _____ 20__ г. на основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней <*> и Требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан <***>

Председатель военно-врачебной комиссии _____
(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии _____
(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

б) при окончательном медицинском освидетельствовании

"__" _____ 20__ г. на основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней <*> и Требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан <***>

Председатель военно-врачебной комиссии _____
(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии _____
(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.