

Место  
для фотографии  
(цветной)  
(печать военного комиссариата  
муниципального образования  
(муниципальных образований))

**КАРТА**  
**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: \_\_\_\_\_

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
Врач-терапевт	
Врач-хирург	
Рост-            Вес-	
Врач-невролог	
Врач-психиатр	
Врач-офтальмолог	
Врач-оториноларинголог	
Врач-стоматолог	
Врач-дерматовенеролог	
Врачи других специальностей	

7. Заключение военно-врачебной комиссии: \_\_\_\_\_  
(указать)

\_\_\_\_\_

наименование военно-врачебной комиссии,

\_\_\_\_\_

заключение военно-врачебной комиссии)

Протокол № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (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.