

Код форми за ЗКУД
Код закладу ЗКПО

Код форми за ЗКУД
Код закладу ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України ни	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 053//о
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України 2 7 . 1 2 . 9 9 р . N 3 0 2

Міністерство охорони здоров'я України ни	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 053//о
Найменування закладу	Затверджена наказом МОЗ України 2 7 . 1 2 . 9 9 р . N 3 0 2

Лікувальна карта призовника N ____	
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____ _____	Л І Н І Я В І Д Р І З У
2. Дата народження (число, місяць, рік)	
3. Місце проживання (адреса) призовника _____ _____ N телефону _____	
4. Місце навчання (роботи) _____ _____	
5. Посада _____ _____	
6. Найменування хвороби (висновок медичної комісії при медогляді в РВК - приписці) _____ _____ _____ _____	

Відрізний талон лікувальної карти призовника N ____ (заповнюється і направляється через райздороввідділ в райвійськкомат після того, як призовник знятий з лікування)	
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____ _____	Л І Н І Я В І Д Р І З У
2. Дата народження (число, місяць, рік)	
3. Місце проживання (адреса) призовника _____ _____ N телефону _____	
4. Місце навчання (роботи) _____ _____	
5. Посада _____ _____	
6. Найменування хвороби (висновок медичної комісії при медогляді в РВК - приписці) _____ _____ _____ _____	

7. Термін явки

Призначено з'явитися _____ місяць ____ р.

Надіслано нагадування про явку _____ місяць ____ р.

З'явився _____ місяць ____ р.

8. Знаходився під наглядом лікаря _____
(дата)

7. Термін явки

Призначено з'явитися _____ місяць ____ р.

Надіслано нагадування про явку _____ місяць ____ р.

З'явився _____ місяць ____ р.

8. Знаходився під наглядом лікаря _____
(дата)

9. Анамнез, дані попередніх оглядів і дані медогляду в 15 років _____

10. Дані об'єктивного обстеження _____

11. Дані рентгенодіагностики і лабораторного дослідження _____

12. Діагноз _____

13. Попередній висновок про стан здоров'я і придатності до військової служби після того, як призовник знятий з обліку лікувального закладу

Лікуючий лікар

(підпис)

Головний лікар

(підпис)

Дані медичного нагляду

Дата відвідувань	Дані поточного нагляду	Призначення

9. Анамнез, дані попередніх оглядів і дані медогляду в 15 років _____

10. Дані об'єктивного обстеження _____

11. Дані рентгенодіагностики _____

12. Дані лабораторного дослідження _____

13. Дані інших досліджень _____

14. Яке проведено лікування _____

15. Результат лікування _____

16. Попередній висновок про стан здоров'я і придатності до військової служби після того, як призовник знятий з обліку лікувального закладу

Л
І
Н
І
Я
В
І
Д
Р
І
З
У

17. Знятий з обліку лікувального закладу

"__" _____ р.

Печатка
лікувального
закладу

Лікуючий лікар _____
(підпис)

Головний лікар _____
(підпис)