

Місце для фотокартки
(фото 3 x 4 см без головного убору)
Фотокартка скріплюється
гербовою печаткою закладу
охорони здоров'я

(вказати заклад охорони здоров'я)

КАРТКА
обстеження та медичного огляду

(вказати категорію особи, що оглядається, та мету медичного огляду)

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Дата народження _____
3. Військове звання _____
4. Військова частина _____
5. Військова служба у Збройних Силах _____
6. Відомості про підвищену чутливість (неперенесення) до хімічних речовин, медикаментів, продуктів харчування тощо _____
7. Дані про перебування на диспансерному обліку з приводу хронічних захворювань _____
8. Відомості про перебування на обліку (заповнюється щодо кандидатів на військову службу за контрактом з числа військовозобов'язаних):

Найменування диспансеру	Відмітка про облік, штамп медичного закладу
Психоневрологічний	
Наркологічний	
Протитуберкульозний	
Дерматовенерологічний	

9. Результати додаткових методів обстеження

Назва дослідження	Дата	Результат
Загальний аналіз крові		
Група крові та резус-фактор		
Біохімічний аналіз крові: вміст глюкози вміст білірубину вміст АЛТ вміст загального білка		
Серологічний аналіз крові на: ВІЛ антиген до вірусу гепатиту В (HBs Ag) антитіла до вірусу гепатиту С (antiHCV) реакція мікропреципітації з кардіоліпіновим антигеном (RW)		
Загальний аналіз сечі		
Флюорографія органів грудної клітки		
ЕКГ		
Інші дослідження		

Місце для вклеювання направлення командира військової частини (військового комісара), характеристик, інших медичних та додаткових матеріалів, додаткових методів обстеження тощо.

10. Результати медичного обстеження спеціалістами:

	Дата	Діагноз	Підпис лікаря
Зріст/вага/t° тіла			
Терапевт			
Хірург			
Невропатолог			
Офтальмолог			
ЛОР			
Дерматовенеролог			
Психіатр			
Стоматолог			
Гінеколог (при огляді жінок)			
Інші лікарі-спеціалісти			

11. Інформація щодо стану мого здоров'я надана мною в повному обсязі. Попереджений про надання неповної та недостовірної інформації.

Підпис обстежуваного _____.

12. Діагноз та постанова ВЛК: _____

На підставі статті _____ графи _____ Розкладу хвороб, Таблиці додаткових вимог
_____ (вказати постанову ВЛК)

Голова ВЛК _____
(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)

Члени ВЛК _____
(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)

М. П.

Секретар ВЛК _____
(військове звання, підпис, прізвище, ініціали)

"__" _____ 20__ року

{Додаток 13 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства оборони № 524 від 12.08.2014}