

П Р И К А З

МИНИСТРА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 615



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 39689

от "12" ноября 2015 г.

« 14 » октября 2015 г.

Москва

Об определении форм документации

(кроме унифицированных форм медицинской документации),
необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий,
созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации

В соответствии с пунктом 4 Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 28, ст. 3831; 2014, № 41, ст. 5537; 2015, № 21, ст. 3115), **П Р И К А З Ы В А Ю:**

Определить:

форму «Протокол заседания военно-врачебной комиссии по очному медицинскому освидетельствованию» (приложение № 1 к настоящему приказу);

форму «Справка военно-врачебной комиссии» (приложение № 2 к настоящему приказу);

форму «Заключение военно-врачебной комиссии» (приложение № 3 к настоящему приказу);

форму «Свидетельство о болезни» (приложение № 4 к настоящему приказу);

форму «Карта медицинского освидетельствования гражданина, поступающего на военную службу по контракту» (приложение № 5 к настоящему приказу);

форму «Карта медицинского освидетельствования гражданина, поступающего в военную профессиональную образовательную организацию (военную образовательную организацию высшего образования)» (приложение № 6 к настоящему приказу);

форму «Карта медицинского освидетельствования гражданина, пребывающего в запасе» (приложение № 7 к настоящему приказу);

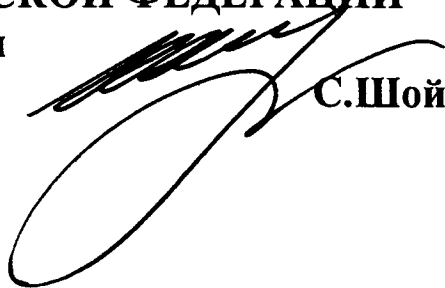
форму «Справка о состоянии здоровья гражданина, выезжающего в иностранное государство» (приложение № 8 к настоящему приказу);

форму «Протокол заседания военно-врачебной комиссии по заочному медицинскому освидетельствованию (определению причинной связи увечья, заболевания с прохождением военной службы)» (приложение № 9 к настоящему приказу);

форму «Лист медицинского освидетельствования» (приложение № 10 к настоящему приказу);

форму «Медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина» (приложение № 11 к настоящему приказу).

МИНИСТР ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
генерал армии



С.Шойгу

Верно:

НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ ЗАДАЧАМИ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

14 октября 2015 г.



Королев

Приложение № 1
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

ПРОТОКОЛ
заседания военно-врачебной комиссии
по очному медицинскому освидетельствованию

от « ___ » _____ 20__ г. № _____

(наименование военно-медицинской (медицинской) организации, соединения, воинской части,

военной профессиональной образовательной организации, военной образовательной организации

высшего образования, клинический профиль военно-врачебной комиссии)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество, дата рождения (день, месяц, год), воинское звание, занимаемая воинская должность, военно-учетная специальность (специальность в соответствии с занимаемой должностью), воинская часть, сведения о призыве на военную службу (указать призывную комиссию муниципального образования субъекта Российской Федерации, день, месяц, год), сведения о поступлении на военную службу по контракту (день, месяц, год, кем отобран), кем направлен на медицинское освидетельствование	Жалобы и краткий анамнез	Данные объективного обследования, результаты специальных исследований, пункт статьи расписания болезней*, причина связь увечья, заболевания	Заключение военно-врачебной комиссии	Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии
1	2	3	4	5	6

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

Члены военно-врачебной комиссии:

(подпись, инициал имени, фамилия)

(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

* Раздел II Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнотружеников, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565).

Приложение № 2
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной
образовательной организации, военной образовательной
организации высшего образования

СПРАВКА
военно-врачебной комиссии
№ _____

« _____ » _____ 20__ г. военно-врачебной комиссией _____

_____ (наименование военно-медицинской (медицинской) организации,

_____ соединения, воинской части, военной профессиональной образовательной

_____ организации, военной образовательной организации высшего образования)

по направлению _____

_____ (указать должностное лицо, дату, номер документа)

_____ освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах
(день, месяц, год)

Российской Федерации с _____
(месяц, год)

3. Воинское звание _____

4. Занимаемая воинская должность _____,
военно-учетная специальность (специальность в соответствии с за-
нимаемой должностью) _____

5. Войсковая часть _____

6. Направлен для прохождения военной службы по призыву:

_____ (указать отдел военного комиссариата по муниципальному образованию,

_____ день, месяц, год)

7. Поступил на военную службу по контракту: _____

_____ (указать, с кем и когда (день, месяц, год) заключен

_____ контракт о прохождении военной службы)

8. Диагноз, статья, пункт статьи расписания болезней^{*}, причинная связь увечья, заболевания: _____

9. Заключение военно-врачебной комиссии:
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.

* Раздел II Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565).

** Приложение № 1 к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный № 35094).

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес освидетельствуемого: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Приложение № 3
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной
образовательной организации, военной образовательной
организации высшего образования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
военно-врачебной комиссии

№ _____

« _____ » _____ 20__ г. военно-врачебной комиссией _____

(наименование военно-медицинской (медицинской) организации,

соединения, воинской части, военной профессиональной образовательной

организации, военной образовательной организации высшего образования)

по направлению _____

(указать должностное лицо, дату, номер документа)

освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах
(день, месяц, год)

Российской Федерации с _____
(месяц, год)

3. Воинское звание _____

4. Занимаемая воинская должность _____,
военно-учетная специальность (специальность в соответствии с за-
нимаемой должностью) _____

5. Войсковая часть _____

6. Заключение военно-врачебной комиссии: _____

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Приложение № 4
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской (медицинской) организации,
соединения, воинской части, военной профессиональной
образовательной организации, военной образовательной
организации высшего образования

СВИДЕТЕЛЬСТВО О БОЛЕЗНИ

№ _____

« _____ » _____ 20__ г. военно-врачебной комиссией _____

_____ (наименование военно-медицинской (медицинской) организации,

соединения, воинской части, военной профессиональной образовательной

организации, военной образовательной организации высшего образования)

по направлению _____

(указать должностное лицо, дату, номер документа)

_____ освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____, в Вооруженных Силах
(день, месяц, год)

Российской Федерации с _____
(месяц, год)

3. Воинское звание _____

4. Занимаемая воинская должность _____,
военно-учетная специальность (специальность в соответствии с за-
нимаемой должностью) _____

5. Войсковая часть _____

6. Направлен для прохождения военной службы по призыву:

_____ (указать отдел военного комиссариата по муниципальному образованию,

_____ день, месяц, год)

7. Поступил на военную службу по контракту: _____

_____ (указать, с кем и когда (день, месяц, год) заключен

_____ контракт о прохождении военной службы)

8. Жалобы: _____

9. Анамнез: _____

10. Находился на обследовании и лечении: _____

(указать

_____ военно-медицинские организации, иные медицинские организации,

_____ время пребывания в них)

11. Данные объективного исследования: _____

12. Результаты диагностических исследований: _____

13. Диагноз, статья, пункт статьи расписания болезней*, причинная связь увечья, заболевания: _____

14. Заключение военно-врачебной комиссии:
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.

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес освидетельствуемого: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

* Раздел II Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565).

** Приложение № 1 к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный № 35094).

Приложение № 5
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

Место
для фотокарточки
(печать отдела военного
комиссариата)

КАРТА

**медицинского освидетельствования гражданина,
поступающего на военную службу по контракту**

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения _____

2. Место жительства _____

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:

Наименование диагностических исследований	Дата проведения	Результат
1	2	3
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)		

1	2	3
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях		
Общий (клинический) анализ крови		
Общий анализ мочи		
Электрокардиография в покое и с физическими упражнениями		
Исследование на наркотические средства		
Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека		
Исследование крови на маркеры гепатита В и С		
Серологические реакции на сифилис		
Дополнительные обязательные диагностические исследования, проводимые до начала медицинского освидетельствования		

7. Результаты медицинского освидетельствования:

Врачи-специалисты, диагноз, заключение военно-врачебной комиссии	Предварительное медицинское освидетельствование «__» _____ 20__ г.	Окончательное медицинское освидетельствование «__» _____ 20__ г.
1	2	3
Врач-хирург		
Врач-терапевт		
Врач-невролог		
Врач-психиатр		
Врач-офтальмолог		
Врач-оториноларинголог		
Врач-стоматолог		
Врач-дерматовенеролог		
Врачи других специальностей		

1	2	3
Диагноз		
<p>Заклучение о категории годности к военной службе, годности к службе по военно-учетной специальности (специальности в соответствии с занимаемой должностью по пред-назначению)</p>	<p>На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней* и Требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан** _____</p> <p>Председатель военно-врачебной комиссии _____ (подпись, инициал имени, фамилия)</p> <p>Секретарь военно-врачебной комиссии _____ (подпись, инициал имени, фамилия)</p> <p>М.П.</p>	<p>На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней* и Требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан** _____</p> <p>Председатель военно-врачебной комиссии _____ (подпись, инициал имени, фамилия)</p> <p>Секретарь военно-врачебной комиссии _____ (подпись, инициал имени, фамилия)</p> <p>М.П.</p>

* Раздел II Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565).

** Приложение № 1 к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный № 35094).

Приложение № 6
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

Место
для фотокарточки
(печать отдела военного
комиссариата)

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, наименование диагностических исследований, органов, систем, функций и физиологических показателей организма, диагноз, заключение врача-специалиста	При медицинском освидетельствовании	
	предварительном	окончательном
1	2	3
Жалобы и анамнез		
Флюорография (рентгенография) в двух проекциях		
Рентгенография придаточных пазух носа		
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		

1	2			3		
Дополнительные обязательные диагностические исследования, проводимые до начала медицинского освидетельствования						
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)						
Динамометрия ручная (правая/левая кисть)						
Динамометрия станочная						
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						

1	2	3
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		
Вегетативная нервная система		
Диагноз		
Заключение		
Дата, подпись, инициал имени, фамилия врача		

1	2		3	
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				

1	2		3	
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				

1	2	3
Врач-стоматолог		
Прикус		
Слизистая полости рта		
Зубы		
Десны		
Диагноз		
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

(указать наименование военно-врачебной комиссии)

« ___ » _____ 20 ___ г. на основании статьи _____ пункта
 статьи _____ графы _____ расписания болезней* и Требо-
 ваний 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

(указать наименование военно-врачебной комиссии)

« ___ » _____ 20 ___ г. на основании статьи _____ пункта
 статьи _____ графы _____ расписания болезней* и Требо-
 ваний к состоянию здоровья отдельных категорий граждан** _____

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

* Раздел II Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565).

** Приложение № 1 к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный № 35094).

Приложение № 7
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

КАРТА
медицинского освидетельствования гражданина,
пребывающего в запасе

1. Фамилия, имя, отчество, дата рождения _____

2. Военское звание _____

3. Военно-учетная специальность _____

4. Результаты медицинского обследования:

Наименование диагностических исследова- ний, физиологических показа- телей организма	Дата, результат	Дата, результат	Дата, результат
1	2	3	4
Общий (клинический) анализ крови			
Общий анализ мочи			
Флюорография (рентгено- графия) легких в двух проек- циях			
Электрокардиография в по- кое			
Исследование уровня глю- козы в крови			

1	2	3	4
Внутриглазное давление			
Дополнительные обязательные диагностические исследования до начала медицинского освидетельствования			

5. Результаты медицинского освидетельствования:

Врачи-специалисты, диагноз, заключение военно-врачебной комиссии	Дата, результат	Дата, результат
1	2	3
Врач-хирург		
Врач-терапевт		
Врач-невролог		
Врач-психиатр		
Врач-офтальмолог		
Врач-оториноларинголог		
Врач-стоматолог		
Врачи других специальностей		
Диагноз		

1	2	3
<p>Заключение о категории годности к военной службе, годности к службе по военно-учетной специальности</p>	<p>На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней* и Требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан** _____</p>	<p>На основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ расписания болезней* и Требований к состоянию здоровья отдельных категорий граждан** _____</p>
	<p>Председатель военно-врачебной комиссии _____ (подпись, _____ инициал имени, фамилия)</p>	<p>Председатель военно-врачебной комиссии _____ (подпись, _____ инициал имени, фамилия)</p>
	<p>Секретарь военно-врачебной комиссии _____ (подпись, _____ инициал имени, фамилия)</p>	<p>Секретарь военно-врачебной комиссии _____ (подпись, _____ инициал имени, фамилия)</p>
	<p>М.П.</p>	<p>М.П.</p>

* Раздел II Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступающих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведения, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565).

** Приложение № 1 к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрационный № 35094).

Приложение № 8
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

Угловой штамп
военно-медицинской организации

СПРАВКА
о состоянии здоровья гражданина,
выезжающего в иностранное государство

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения _____
(день, месяц, год)
3. Военское звание _____
4. Войсковая часть _____
5. Жалобы: _____
6. Краткий анамнез: _____
7. Перенесенные заболевания: _____
8. Противопоказания для проведения профилактических прививок: _____

9. Результаты диагностических исследований: _____

10. Заключение врачей-специалистов: _____

врач-хирург: _____

врач-терапевт: _____

врач-невролог: _____

врач-психиатр: _____

врач-офтальмолог: _____

врач-оториноларинголог: _____

врач-дерматовенеролог: _____

врач-стоматолог: _____

врач-акушер-гинеколог: _____

врачи других специальностей: _____

11. Диагноз: _____

12. Заключение военно-врачебной комиссии: _____

(указать

наименование военно-врачебной комиссии)

Председатель военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

« ___ » _____ 20__ г.

Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: _____

Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: _____

Приложение № 9
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

ПРОТОКОЛ
заседания военно-врачебной комиссии
по заочному медицинскому освидетельствованию
(определению причинной связи увечья, заболевания
с прохождением военной службы)
от « ___ » _____ 20__ г. № ___

1. Военно-врачебной комиссией _____
(наименование

военно-медицинской организации)

рассмотрено _____
(указать номер и дата обращения,

от кого поступило, по какому вопросу)

2. Рассмотрены документы (перечислить все рассмотренные документы с указанием их даты и номера):

а) документы о прохождении военной службы (в том числе военный билет, красноармейская книжка, свидетельство об освобождении от воинской обязанности, боевая характеристика, копии наградного листа к ордену (медали), аттестации): _____

б) пенсионное дело № _____
(указать орган, осуществляющий

пенсионное обеспечение)

в) личное дело № _____

г) свидетельство о болезни (справка военно-врачебной комиссии, заключение военно-врачебной комиссии) _____

(указать номер, число,

месяц, год составления документа, наименование

военно-врачебной комиссии)

д) медицинская книжка за период с _____ по _____
(месяц, год) (месяц, год)

е) медицинские документы (в том числе медицинские карты стационарных больных, истории болезни, рентгенограммы, протоколы специальных методов исследования): _____

ж) справка архива _____

(указать наименование архива,

номер и дата справки)

з) акт судебно-медицинской экспертизы _____

(указать наименование

учреждения, проводившего судебно-медицинскую экспертизу,

номер и дата акта судебно-медицинской экспертизы)

и) сведения, необходимые для проведения медицинского освидетельствования, и документы, отражающие обстоятельства получения увечья, заболевания: _____

3. Установлено:

а) фамилия, имя, отчество _____

б) дата рождения _____
(день, месяц, год)

в) воинское звание _____

г) данные о прохождении военной службы в Вооруженных
Силах Российской Федерации: _____
(указать день, месяц, год поступления

на военную службу, кем призван или отобран, период участия в событиях,

предусмотренных пунктом 94 Положения о военно-врачебной экспертизе*,

со ссылкой на подтверждающие документы)

4. Дата и основание увольнения: _____

5. Обоснование заключения военно-врачебной комиссии: _____

Заключение военно-врачебной комиссии: _____

6. Результаты голосования членов военно-врачебной комис-
сии:

«За» — _____ человек (_____
(количество) (указать фамилии, инициалы _____);
имени и отчества проголосовавших)

* Утверждено постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565.

«Против» – _____ человек (_____
 (количество) (указать фамилии, инициалы
 _____).

_____ имени и отчества проголосовавших)

Особое мнение членов военно-врачебной комиссии _____
 _____ прилагается к протоколу.

_____ (указать фамилии, инициалы имени и отчества)

Председатель военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Члены военно-врачебной комиссии:

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

_____ (подпись, инициал имени, фамилия)

Заключение военно-врачебной комиссии отправлено: _____

_____ (указать адрес, дату, исходящий номер)

Приложение № 10
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

ЛИСТ
медицинского освидетельствования

_____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения)

Жалобы: _____

Анамнез: _____

Данные объективного исследования: _____

Оборотная сторона формы

Результаты диагностических исследований: _____

Диагноз: _____

Заключение врача-специалиста:

на основании статьи _____ пункта статьи _____ графы _____ рас-
писания болезней* и Требований к состоянию здоровья отдельных
категорий граждан **) _____

(указать категорию годности к военной службе, годность

к службе по военно-учетной специальности)

(подпись, инициал имени, фамилия врача)

« _____ » _____ 20__ г.

* Раздел II Требований к состоянию здоровья граждан при первоначальной поста-
новке на воинский учет, призыве на военную службу (военные сборы), граждан, поступа-
ющих на военную службу по контракту, граждан, поступающих в военно-учебные заведе-
ния, военнослужащих, граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской
Федерации, приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному
постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565.

** Приложение № 1 к приказу Министра обороны Российской Федерации от 20 ок-
тября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федера-
ции правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы» (зарегистри-
рован в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 декабря 2014 г., регистрацион-
ный № 35094).

Приложение № 11
к приказу Министра обороны
Российской Федерации
от « 14 » октября 2015 г. № 615

Форма

Угловой штамп
медицинской организации

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о состоянии здоровья гражданина
№ ____ / ____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

находился по направлению военного комиссара (начальника отдела
военного комиссариата) _____

(наименование субъекта Российской Федерации,

отдела военного комиссариата субъекта Российской Федерации)

от « ____ » _____ 20__ г. № ____ на медицинском обследовании
в амбулаторных/стационарных условиях (ненужное зачеркнуть) в

(наименование медицинской организации)

с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

Жалобы: _____

Анамнез: _____

Оборотная сторона формы

Данные объективного исследования: _____

Результаты диагностических исследований: _____

Диагноз: _____

**Руководитель (главный врач, заведующий)
медицинской организации**

(подпись, инициал имени, фамилия)

Заведующий (начальник) отделением

(подпись, инициал имени, фамилия)

Врач, проводивший медицинское обследование

(подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

Почтовый адрес медицинской организации: _____
