

штамп поликлиники

(Ф.И.О., г.р.)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА**

<i>Специалист</i>	<i>Диагноз</i>	<i>Заключение</i>	<i><u>Подпись и печать врача</u></i>
Стоматолог			
Офтальмолог			
Оториноларинголог			
Невролог			
Травматолог-ортопед			
Хирург			
Эндокринолог			
Уролог-андролог			
Психиатр детский			
Педиатр			

<i>Лабораторные исследования</i>	<i>Дата</i>	<i>Результат (заключение)</i>
Общий анализ крови + МОР (оригинал)		
Общий анализ мочи (оригинал)		

Функциональная диагностика	Дата	Результат (заключение)
ЭКГ в покое и с нагрузкой (прилагается оригинал ленты с описанием)		

Рентгенологическое исследование	Дата	Результат (заключение)
Флюорография (с 15 лет) (оригинал)		

Ультразвуковое исследование	Дата	Результат (заключение)
УЗИ органов брюшной полости (оригинал)		
УЗИ почек (оригинал)		

Рост, масса тела	ЧСС за 1 минуту	Измерение артериального давления

Заключение:

1) Состоит/не состоит на диспансерном наблюдении по поводу заболеваний

указать

_____ **диагноз и дату постановки на учет (наблюдение)**

2) Сведения об отсутствии/наличии аллергических состояний (в том числе препятствующих проведению профилактических прививок, с указанием продуктов при пищевой аллергии) _____

3) Группа состояния здоровья _____

4) Медицинская группа для занятий физической культурой _____

5) К обучению в Кубанском казачьем кадетском корпусе Краснодарского края противопоказаний _____ (нет/есть).

6) Занятия рукопашным боем, строевой подготовкой, спортом _____ (разрешаются/ не разрешаются).

Главный врач

М.П.

(подпись, расшифровка)