

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)		

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

<i>Рентгенологическое исследование</i>	<i>Дата</i>	<i>Результат (заключение)</i>
Флюорография ( с 15 лет ) (оригинал)		

<i>Ультразвуковое исследование</i>	<i>Дата</i>	<i>Результат (заключение)</i>
УЗИ органов брюшной полости (оригинал)		
УЗИ почек (оригинал)		

<i>Рост, масса тела</i>	<i>ЧСС за 1 минуту</i>	<i>Измерение артериального давления</i>

**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).

б) Занятия рукопашным боем, строевой подготовкой, спортом \_\_\_\_\_ (разрешаются/ не разрешаются).

Главный врач

\_\_\_\_\_  
М.П.

(подпись, расшифровка)