

ПРОТОКОЛ

За контролно и извънредно освидетелстване на годността за военна служба/служба в доброволния резерв

№ _____ / _____ / _____ дата на издаване _____ експертен орган

Заб. Отговорите изписвайте текстовално, а там където има квадратчета зачертавайте с кръстче

I. ПАСПОРТНА ЧАСТ									
звание, име, презиме, фамилия, моминско име за жени _____				_____ години _____ пол _____		ЕГН <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			
Роден _____ / _____ / _____		гр./с/ _____		обл. _____		страна _____			
Дата _____ месторождение _____									
Живущ _____									
Гр./с/ _____		област _____		ул. _____		№ _____		дом.тел. _____	
Притежаващ Л.Карта № _____									
Издадена от _____				Град _____		дата на издаване _____			
Длъжност, специалност.....					Семейно положение: Несемеен: ☒				
.....					Семеен ☐ дата:..... Разведен: ☐ дата:.....				
.....					Живее разделено ☐ дата:..... Вдовец: ☐ дата:.....				
Месторабота, общ трудов стаж, специфични условия на труд:									
II. СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ:									
Боледували ли сте някоя от посочените болести или нарушения? При други неупоменати заболявания обяснете кратко в "Забележка"									
	ДА	НЕ		ДА	НЕ		ДА	НЕ	
Чести ангини			Безсъние			Хемороиди			
Сенна хрема			Нервни или психични разстройства			Колапсни състояния			
Астма			Често главоболие			Епилепсия			
Туберкулоза			Световъртеж, прималяване			Диабет			
Пневмония			Черепно-мозъчна травма			Херния			
Плеврит			Очни оплаквания			Венерически заболявания			
Ревматизъм			Ушни оплаквания			Тропически болести			
Високо кръвно налягане			Сърдечно съдови заболявания			Алергична хрема			
Нарушения на уринирането			Болки в областта на сърцето			Привикване към алкохол и медикаменти			
Бъбречни смущения			Варикозни вени			Опит за самоубийство			
Камъни в бъбреците			Язва на стомаха или дванадесетопръстника			Оплаквания при пътуване в превозно средство			
Болки в гърба			Жълтеница			Заекване			
Ставни проблеми			Жлъчни камъни			Кожни заболявания			
Забележка:									
Спазен ли е режимът за явяване на медицинското освидетелстване								ДА	НЕ
Декларирам, че моите отговори на поставените въпроси са верни, пълни и точни. Съзнавам, че всяко невярно сведение или пропуск в информацията, съдържаща се в медицинския формуляр е основание за търсене на административно-наказателна отговорност по Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България.									
Дата:..... Подпис на освидетелствания:.....									
ДОТУК СЕ ПОПЪЛВА ОТ ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ									

III. ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ХАРАКТЕРА НА СЛУЖЕБНИТЕ ЗАДЪЛЖЕНИЯ

IV. ОСВИДЕТЕЛСТВАНЕ:

Дата: ____/____/____

Военномедицински експерт: _____/_____
Подпис фамилия

Медицинско учреждение

Дата: ____/____/____

Консультант: ____/____/____
Подпис фамилия

Медицинско учреждение

Дата: ____/____/____

Консультант: ____/____/____
Подпис фамилия

Медицинско учреждение

Дата: ____/____/____

Консультант: ____/____/____
Подпис фамилия

Дата: ____/____/____

Консултант: ____/____/____
Подпис фамилия

VI. ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ:

Название на болестта, физически и психологически недостатъци /на български език/

Решение на годността за военна служба/служба в доброволния резерв по “Медицинските стандарти”

ПРЕДСЕДАТЕЛ ЦВМК: ____/____/____
Звание, подпис фамилия

ЧЛЕНОВЕ: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
подпис фамилия подпис фамилия подпис фамилия

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
подпис фамилия подпис фамилия подпис фамилия

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
подпис фамилия подпис фамилия подпис фамилия

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
подпис фамилия подпис фамилия подпис фамилия

Дата: ____/____/____